

アドレナリン自己注射薬（エピペン®）に関する同意書

年 月 日

施設長 様

下記の児童につきましては、医師からアドレナリン自己注射薬（エピペン®）を処方されているため、貴施設におけるアドレナリン自己注射薬（エピペン®）に関する下記の「対応内容」について説明を受け、同意いたします。

保護者氏名（自署）：_____

記

ふりがな 児童氏名	
処方されている 医療機関	医療機関名 [_____] 電話番号 [_____] 医師名 [_____]
対応内容	①アナフィラキシー（緊急性が高いアレルギー症状【※1】）がある場合において、職員がエピペン®を接種すること ②エピペン®を接種した際は、職員がすぐに救急車を要請すること ③緊急搬送の際は、救急隊員・医療機関へ「生活管理指導表」様式1の内容について職員が情報提供すること ④エピペン®は施設が適切に保管すること ⑤エピペン®の使用期限は保護者が管理すること ⑥その他 【かかりつけ医の指示事項など、特に配慮を要する事項がある場合は、施設と相談の上、詳細を記載してください。】
※上記の内容①～⑤のうち、同意しない項目がある場合は、その番号と理由を記載してください。	

【※1】緊急性の高い症状とは：繰り返し吐き続ける、持続する強いおなかの痛み、のどや胸が締め付けられる、声がかすれる、犬が吠えるような咳、持続する強い咳込み、ゼーゼーする呼吸、息がしにくい、唇や爪が青白い、脈を触れにくい・不規則、意識がもうろうとしている、ぐったりしている、尿や便を漏らす

※児童の状況に変更があった場合や教育・保育施設での対応を変更する場合には、
保護者と施設が協議の上決定し、その都度本同意書を提出すること。