

エピペン®対応票

作成日：令和 年 月 日

令和 年度 年 組	(生年月日： 年 月 日)
児童氏名	(性別：)
保護者氏名	

原因物質

--

既往症状

--

園生活における留意点

--

緊急時の対応

--

面談時に記入

薬剤使用時の留意事項等

使用薬剤	
処方医療機関	
医師名	保管期間(更新時期)
保管場所	
使用条件	

園長記入欄

--

***アナフィラキシー発症時は必ず救急者を要請します**

保育所における日常の取組み及び緊急時の対応に活用するため、記載された内容を全職員で共有することに同意します。

保護者署名

印