

アドレナリン自己注射薬(エピペン[®])対応票

クラス： 年 組 番 (ふりがな)
 児童・生徒名：
 生年月日： 年 月 日

※質問に対し、当てはまる事柄を○で囲み、必要事項を記入してください。

【質問1】 食物アレルギーを起こす原因食品は何ですか？ 食品名()
【質問2】 これまでに食物アレルギーの症状がおきたことがありますか？ (いいえ ・ はい) (食品名 : 症状)
【質問3】 主治医から運動や課外活動・調理実習・宿泊・学校生活等で注意を受けていますか？ (いいえ ・ はい) 指導内容
【質問4】 緊急時の対応についてどのようにお考えですか？ご希望についてお書きください。
★学校における日常の取り組み及び緊急時の対応に活用するため、本票に記載された内容を教職員全員で共有することに同意します。また、食物アレルギー除去食の実施に当たり、微量混入(コンタミネーション)の可能性のあることに同意いたします。 保護者署名： _____

以下、面談時に記入

薬剤使用時の留意事項等	使用薬剤名	
	管理方法	本人保管・学校保管 (理由)
	保管場所	
	保管期間 (更新時期)	
	使用条件	
	使用上の留意点	
学校記入欄		