

アナフィラキシー補助治療剤(アドレナリン自己注射薬エピペン®注射液)投与に関する投薬依頼書

〈保護者様記入〉

社会福祉法人 美山会
東大宮保育園

保育活動中の発作等の緊急対応として、主治医の指示により、薬の投与が必要ですので、薬剤情報提供書を添えて依頼します。こども園における日常の取組及び緊急時の対応に活用するため、本表に記載された内容を職員で共有することに同意します。なお、預ける薬には有効期限を明示し、その期間内に差し替えます。また、主治医の指示により薬の種類や投与量に変更があった場合には、速やかに薬剤情報提供書を添えて、その都度依頼します。

令和 年 月 日

保護者名

クラス名	組	性別	男・女
園児名		生年月日	年 月 日生
緊急時連絡先	名前	続柄	電話番号
	1		
	2		
	3		
原因食品名			
薬剤	エピペン®「0.15mg」		有効期限 年 月 日
	保管場所		
	内服薬①		有効期限 年 月 日
	保管場所		
	内服薬②		有効期限 年 月 日
	保管場所		
病院名			
主治医名		電話番号	
※投与する時の注意点について、医師の指示の有無及び内容を教えてください。			
指示・注意点：あり・なし 詳細：			

【園記入】

投与日時	年 月 日 時 分
投与者サイン	

✂ -----切り取り線 -----

【園記入】

園児名	
投与日時	年 月 日 時 分
投与者サイン	

※どのようなアレルギー症状がでたときに使用するか、詳しい症状を教えてください。

例:卵に触れると口のまわりが赤くなります。首をかきだすと首のまわりもあかくなって蕁麻疹がでできます。

※緊急時、保護者と連絡がつかない場合の対応

※救急搬送を希望する医療機関
あり・なし

病院名

電話番号