

エピペン緊急時使用依頼書兼同意書（新規・継続）

教育委員会事務局 地域教育力推進課長 様

エピペンの緊急時の使用について、以下のあいキッズに依頼します。

あいキッズ名： _____ 小あいキッズ

児童名： _____ 生年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

【緊急連絡先】

(ふりがな) 児童氏名	(_____)	性別 (男 ・ 女)	
①	(自宅・職場・携帯)	続柄	TEL (_____)
②	(自宅・職場・携帯)	続柄	TEL (_____)
③	(自宅・職場・携帯)	続柄	TEL (_____)

1 エピペンを所持している場所（例：ランドセルの中、その他）

(_____)

2 児童の使用経験

ない ある (該当する方に)

※ある場合

最近の使用年月 _____ 令和 _____ 年 _____ 月

副作用の有無 ない あった ※副作用がある場合その症状を下に記載

3 使用に至る原因物質（アレルゲン）

食物アレルギーや昆虫刺傷、医薬品、天然ゴムなど

4 使用に至る症状

初期症状（発作の兆候・見分け方、起こしやすい状況、対応等）

使用が必要とされる時の症状（初期症状からの変化、注射の時期、対応等）

5 特記事項（保護者との間で確認した事項、保護者から特に伝えておきたい事項など）

6 処方している病院・主治医

病院名： _____ 連絡先： _____（ _____ ）

主治医氏名： _____ 診療科名： _____

カルテ（ID）番号： _____

7 保護者の同意事項

あいキッズでのエピペンの取り扱いにあたり、以下について同意いたします。

- （1）保護者に連絡がつかない場合、あいキッズスタッフの判断で使用すること。
- （2）副作用が出た場合、異議申し立てをしないこと。
- （3）エピペンの使用について、主治医の診断や指導、あいキッズの対応状況の変化等により必要な見直しを行うこと。

令和 年 月 日

保護者氏名 _____

確認者

法人名 _____ 役職 _____

氏名 _____