様式２

エピペン等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

主治医より、緊急時の投薬を指示されましたので、【エピペン・ネフィー】（下線部該当する薬を丸で囲ってください。）の使用を依頼します。

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・ネフィー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）

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：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＜同意事項＞

●保護者に連絡がつかなかった場合、あいキッズスタッフの判断で使用することに同意します。

●副作用が出現した場合、異議申し立ては致しません。

●エピペン・ネフィーの使用について、主治医の診断や指導、あいキッズの対応状況等に変化があれば、必要な見直しを行います。

年　　月　　日

保護者氏名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

確認者

法人名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　　役職＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿