

アドレナリン自己注射薬(薬品名:エピペン®)
預かり依頼書 兼 緊急時使用依頼書

板橋区立中台中学校
学校長 宮澤 一則様

(生徒氏名) _____ 年 _____ 組 _____ は、以下のとおり
アドレナリン自己注射薬(薬品名:エピペン®)について学校での預かりを依頼します。③
また、児童・生徒にアナフィラキシー症状が発症した緊急時に、アドレナリン自己注射薬
(薬品名:エピペン®)を教職員が使用することを依頼いたします。…④

ただし、この使用については、原則として児童・生徒本人が行います。
なお、対応期間は1年間とします。対応の依頼を継続する場合は、毎年年度当初に、
主治医による診断と指導に基づき内容の見直しを行います。

1 エピペンの種類 (該当する方に)

エピペン®0.15mg(_____ 本) エピペン®0.3mg(_____ 本)

2 児童・生徒のエピペン®使用経験 (該当する方に)

ない

ある _____ いつ頃 _____ ・ その時の状況 _____

(※副作用がある場合)

3 処方している病院・主治医等

(1) 病院名: _____ 連絡先: _____ (_____)

(2) 主治医氏名: _____ 診療科: _____

(3) カルテ(ID)番号: _____

4 添付書類

「学校生活管理指導表(アレルギー用)」(「学校生活管理指導表」なしではこの
依頼書は受理できません)

その他(_____)

5 依頼内容 (該当する方に)

① 預かり依頼について

② 緊急時における使用依頼について

年 _____ 月 _____ 日

保護者氏名 _____ 印 _____