

緊急時に備えた処方薬(エピペン®)における確認書

提出日 年 月 日

クラス	児童氏名	性別	生 年 月 日
組		男・女	年 月 日
診断名			
原因食品			
発症時の症状			
発症時の対応			
緊急時に備えた 処方薬剤名・用量			
薬剤の効果			
薬剤の保存方法	室内 ・ 冷蔵庫		
薬剤の使用期限			
薬剤の副作用(特に 注意を要する副作用)			
薬剤の投与・ 服薬のめやす ※保育所では症状チェック シートに基づき対応します。			
薬剤の投与・服薬後 も効果が見られない ときの対応			
薬剤使用時の注意事項 など			

※ 上記の内容を医療機関に確認し、保護者の方がご記載ください。
 ※ 薬剤情報提供書(コピー可)を添付してください。