

エピペン対応票

※提出時に要面談(作成日 令和 年 月 日)

令和	年度	組	(生年月日:	年	月	日)
園児氏名		(性別:)・保護者氏名				

原因物質

--

既往症状

--

園における留意点

--

処方医療機関

医師名

緊急時の対応

・エピペン使用時の条件(※登園の際に日々持参を基本とします)

< 保管場所:

・更新時期

>

※アナフィラキシー発症時は、必ず救急車を要請します。

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、記載された内容を全職員で共有することに同意します。

保護者署名

㊞