

与薬指示書（エピペン®専用）

令和 年 月 日

【保護者記入】

園名	保育園・幼稚園 こども園	児童氏名	
生年月日	年 月 日（ 歳）	保護者氏名	

【主治医記入】

病名	
原因物質	
園での与薬が必要な理由 ※○をしてください	(1) アナフィラキシーショックをおこしたことがある (2) アナフィラキシーをおこしたことがある (3) アナフィラキシーをおこすおそれが十分にある
与薬の種類、量、方法 ※エピペンと併用してアレルギーの投薬が必要な場合には、「その他の薬」に記入してください	エピペン® 0.15 mg 筋注 その他の薬（ ）
園で管理が必要な期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日
与薬が必要な状態 ※考える症状へ○を、当てはまらない場合には「その他」へご記入ください	(1) 消化器の症状 繰り返し吐く、強く続くお腹の痛み (2) 呼吸器の症状 のどや胸が締め付けられる、声がかすれる、犬が吠えるようなセキ、強く続くセキこみ、ゼーゼーする呼吸、息がしにくい (3) 全身の症状 唇や爪が青白い、脈を触れにくい・不規則、意識がもうろうとする、ぐったりしている、尿や便を漏らす (4) その他
エピペン®投与後の 搬送医療機関 ※○と必要事項をご記入ください	(1) 当院 (2) 当院以外の病院（ ） (3) 救急病院（救急隊が選定した病院）
その他 ※注意すべき副作用や与薬にあたっての注意事項等ありましたらご記入ください。	
医療機関名 主治医氏名	医療機関名 主治医氏名 印