様式６

**エピペン®対応票**

作成日　：　　2025年　　11月　　11日

　令和8　年度　　　2　年　　1組　　　　（生年月日：　2011年　　5月　　5日）

児童生徒氏名　操作体験②（**パターン１**）　　　（性別：　男　　）

保護者氏名　　保護者

**原因食物・原因物質**

|  |
| --- |
| 鶏卵 |

**既往症状（アナフィラキシー発症時の症状・発症時の摂取量）**

|  |
| --- |
| マヨネーズ（スプーン１杯程度）…５分後　まぶたの晴がはじまり、咳、嘔吐、息苦しく　ぐったり  最近のエピペン使用：　R２年９月　自宅 |

**学校生活における留意点**

|  |
| --- |
| 原因食の完全除去。原因食品が入っている日の給食当番はやらせないでください。何かしらの症状が出たら家庭に連絡ください。 |

**緊急時の対応**

|  |
| --- |
| 何らかの症状が出たら、家庭に連絡をください。  息苦しさをうったえたり、ぐったりした様子があれば、エピペンを注射してください。 |

**面談時に記入**

**ピンク色の部分は、**

**面談時に入力した内容及び**

**面談結果の同意日等が反映されます。**

**薬剤使用時の留意事項等**

|  |  |
| --- | --- |
| 使用薬剤 | 管理方法　　　本人保管　　・　　学校保管  （理由　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 保管場所 | 保管期間（更新時期） |
| 使用条件 | |
| 使用上の留意点 | |

**学校記入欄**

|  |
| --- |
| 面談日　　　　年　　　　月　　　　日　　　□上記内容確認済 |

**※アナフィラキシー発症時は、必ず救急車を要請します。**

**学校における日常の取組及び緊急時の対応に活用するため、全教職員及び関係機関等で共有することに同意します。**

**保護者署名**

学校での対応決定後、本書類のコピーをお渡しします。提出された書類及びそれに記載された個人情報は、学校における日常の取組及び緊急時の対応に活用し、卒業時または不要になったとき（除去解除や転出等）

に返却します。