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： 2012年　　7月　　7日）

児童生徒氏名　○○花子 　　　　（性別：　女　　）

保護者氏名　　保護者

**原因食物・原因物質**

|  |
| --- |
| 牛乳、乳製品 |

**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）**

|  |
| --- |
| 粉チーズの入ったナポリタンを一口食べ、2,3分でじんましんが出て、腹痛、のどが変  座っていられないぐったりした感じになり、エピペンを使用　2015年4月　自宅 |

**学校生活における留意点**

|  |
| --- |
| 原因食品の出る日は食べさせず、給食から除去してください。また、給食当番はやらせないでください。  もし、原因食品を食べてしまったら、家庭に連絡してください。 |

**緊急時の対応**

|  |
| --- |
| 原因食品を食べてしまい、ぐったりする等の何らかの症状が現れたらエピペンを注射してください。 |

**面談時に記入**

**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。