

保護者 ⇒ 幼稚園

## アドレナリン自己注射薬（エピペン®）に関する同意書

年 月 日

恵光幼稚園園長 様

下記の園児につきましては、医師からアドレナリン自己注射薬（エピペン®）を処方されているため、貴園におけるアドレナリン自己注射薬（エピペン®）に関する下記の「対応内容」について説明を受け、同意いたします。

保護者氏名 : \_\_\_\_\_ 印

## 記

園児名	
処方されている医療機関	医療機関名 [ _____ ]
	電話番号 [ _____ ]
	医師名 [ _____ ]
対応内容	①アナフィラキシー（緊急性が高いアレルギー症状【※1】）がある場合において、職員がエピペン®を接種すること
	②エピペン®を接種した際は、職員がすぐに救急搬送すること
	③緊急搬送の際は、救急隊員・医療機関へ「食物アレルギー食対応指示書」の内容について職員が情報提供すること
	④エピペン®は幼稚園が適切に保管すること
	⑤エピペン®の使用期限は保護者が管理すること
	⑥その他 【かかりつけ医の指示事項など、特に配慮する事項がある場合は、園と相談の上、詳細を記載してください。】
※上記の内容①～⑤のうち、同意しない項目がある場合は、その番号と理由を記載してください。	

【※1】緊急性が高い症状とは：繰り返し吐き続ける、持続するおなかの痛み、のどや胸が締め付けられる、声がかすれる、犬が吠えるような咳、持続する強い咳込み、ゼーゼーする呼吸、息がしにくい、唇や爪が青白い、脈を触れにくい・不整脈、意識がもうろうとする、ぐったりしている、尿や便をもらす

※園児の状況に変更があった場合や幼稚園での対応を変更する場合には、保護者と園が協議上決定し、その都度本同意書を提出すること。