

エピペン・内服薬預かり与薬依頼書

なかよしの森こども園 園長殿

年 月 日

保護者名

印  
又は  
サイン

園児名

生年月日

年 月 日 歳 カ月

主治医の指示により、保育園での預かり及び与薬をお願いします。

エピペン・内服薬預かり与薬内容指示書

園で必要な理由

アナフィラキシーショック症状緩和のため

薬品名

預かり期間

年 月 日 ~ 年 月 日まで

エピペン使用後の  
注意事項

		園児の症状		園での対応
症状レベルによる対応の実施 必要な症状に☑を入れてください。	【グレード1】			
	内服	エピペン	皮膚症状(部分的なじんましん、あかみ、弱いかゆみ)	➔
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	粘膜症状(軽い唇や臉の腫れ)	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	呼吸器症状(鼻汁、鼻閉、単発の咳)	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	消化器症状(軽い腹痛、単発の嘔吐)	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	全身症状(なんとなく元気がない)	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	その他	
	【グレード2】			
	内服	エピペン	皮膚症状(広範囲のじんましん、あかみ、強いかゆみ)	➔
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	粘膜症状(明らかな唇や臉の腫れ)		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	呼吸器症状(時々繰り返す咳)		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	消化器症状(明らかな腹痛、複数回の嘔吐や下痢)		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	全身症状(元気がない、横になりたがる)		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	その他		
【グレード3】				
内服	エピペン	粘膜症状(飲み込み辛さ)	➔	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	呼吸器症状(咳込み、声がれ、喘鳴、息苦しさ、呼吸困難、チアノーゼ)		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	消化器症状(強い腹痛、繰り返す嘔吐や下痢)		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	全身症状(ぐったり、意識消失、立ち上がらない、失禁)		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	その他		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

備考欄

年 月 日

医療機関名

医師名

電話

印