

エピペン・内服薬預かり与薬依頼書

なかよしの森保育園

年 月 日

保護者名

印

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】	<table border="1"> <tr> <th>内服</th> <th>エピペン</th> <th></th> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>皮膚症状(部分的なじんましん、あかみ、弱いかゆみ)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>粘膜症状(軽い唇や臉の腫れ)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>呼吸器症状(鼻汁、鼻閉、単発の咳)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>消化器症状(軽い腹痛、単発の嘔吐)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>全身症状(なんとなく元気がない)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>その他</td> </tr> </table>	内服	エピペン		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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	➡
	内服	エピペン																						
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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】	<table border="1"> <tr> <th>内服</th> <th>エピペン</th> <th></th> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>皮膚症状(広範囲のじんましん、あかみ、強いかゆみ)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>粘膜症状(明らかな唇や臉の腫れ)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>呼吸器症状(時々繰り返す咳)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>消化器症状(明らかな腹痛、複数回の嘔吐や下痢)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>全身症状(元気がない、横になりたがる)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>その他</td> </tr> </table>	内服	エピペン		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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	➡	
内服	エピペン																							
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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】	<table border="1"> <tr> <th>内服</th> <th>エピペン</th> <th></th> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>粘膜症状(飲み込み辛さ)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>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)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>消化器症状(強い腹痛、繰り返す嘔吐や下痢)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>全身症状(ぐったり、意識消失、立ち上がらない、失禁)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>その他</td> </tr> </table>	内服	エピペン		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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	➡				
内服	エピペン																							
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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																						

備考欄

年 月 日

医療機関名

医師名

電話

印