

エピペン・内服薬預かり与薬依頼書

うれしい森保育園

平成 年 月 日

保護者名 _____ 印 _____

園児名 _____

生年月日

平成 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 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日 まで

エピペン使用後の注意事項

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。	園児の症状		園での対応	
		【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			

備考欄

平成 年 月 日

医療機関名

医師名

印

電話