

様式4

緊急時に備えた処方薬 エピペン®保管依頼書 (長期用)

施設長様

管理開始日		組	園児名		生年月日	
令和 年 月 日 ( )			男 女		平成/令和 年 月 日	
保護者名			緊急連絡先			
医療機関名		受診日(直近)		令和 年 月 日		
薬品名・量			使用期限		年 月 日	
保育園等記載	保育園等での保管場所					
	保管上の留意点 「エピペン®」の成分は、光により分解されやすいため、携帯用ケースに収められた状態で保管し、使用するまで取り出すべきではない。また、15～30℃で保存することが望ましいので、冷所(例:冷蔵庫)または日光のあたる高温下等に放置すべきでない。 受け者( )					
確認	確認月日					
	確認者					

医師の処方の薬のみ保管します(処方箋をもとに薬局で出される薬の説明書またはそのコピーを保管依頼書に添付してください)。

薬は1回分とし、薬の容器袋にも組と氏名(フルネーム)を書いてください。

年度末には薬を一度保護者に返却させていただきます。依頼内容に変更等がないか主治医に確認していただき、再度保管の依頼をお願いします。

**緊急時(誤食時)の場合は、保護者に連絡しますので、必ず連絡が取れるようお願いいたします。ただし、エピペンを使用する状況の時には、事後連絡となることがあります。**