

年 月 日

茅ヶ崎市立 中学校長 様

緊急時におけるアドレナリン自己注射薬「エピペン®」の使用について

年 組 生徒氏名

---

(生年月日 年 月 日)

上記の者は、アナフィラキシー発症の恐れがあるため、緊急時の対応に備えてアドレナリン自己注射薬「エピペン®」を処方されています。

アナフィラキシーを発症した場合にはエピペン®を迅速に注射するため、学校管理下において本人自らが注射できない緊急時には、本人や保護者に代わって教職員が「エピペン®」を注射することを承諾します。

◎エピペン®の保管場所

(例：通学カバン内ポケットの黄色ポーチの中)

年 月 日

保護者氏名

印

---