

令和 7 年度 エピペン緊急時使用依頼書兼同意書

(新規 / 継続)

Miracle Labo 宛

エピペンの緊急時の使用について、Miracle Labo に依頼します。

【緊急連絡先】

フリガナ 児童氏名		性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日 (西暦)		
			年	月	日
①		続柄	(自宅・職場・携帯)	-	-
②		続柄	(自宅・職場・携帯)	-	-
③		続柄	(自宅・職場・携帯)	-	-

1 エピペンを所持している場所 (例：ランドセルの中、その他)

()

2 児童の使用経験

なし あり (該当する方にチェック をつけてください。)

※ 「あり」 の場合

最近の使用年月 年 月

副作用の有無 なし あり ※副作用がある場合その症状を下に記載

3 使用に至る原因物質 (アレルゲン)

食物アレルギーや昆虫刺傷、医薬品、天然ゴムなど

4 使用に至る症状

初期症状（発作の兆候・見分け方、起こしやすい状況、対応等）

5 特記事項

保護者との間で確認した事項、保護者から特に伝えておきたい事項など

6 処方している病院・主治医

病院名： _____ 連絡先： _____

主治医氏名： _____ 診療科名： _____

カルテ（ID）番号： _____

7 保護者の同意事項

Miracle Labo でのエピペンの取り扱いにあたり、以下について同意いたします。

- (1) 保護者に連絡がつかない場合、支援員の判断で使用すること。
- (2) 副作用が出た場合、異議申し立てをしないこと。
- (3) エピペンの使用について、主治医の診断や指導、Miracle Labo の対応状況の変化等により必要な見直しを行うこと。

年 月 日

保護者氏名 _____