

アドレナリン自己注射(エピペン®)に関する依頼書

年 月 日

海老名市立

学校長 あて

保護者氏名 _____

下記児童・生徒におきましては、医師から食物アレルギーと診断され、アドレナリン自己注射薬が処方されていることから、学校においても管理していただきますよう依頼いたします。

記

学校名	海老名市立 _____ 学校
学年・組	_____ 年 _____ 組
児童生徒氏名	_____ 男 ・ 女
生年月日	平成・令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日
内容	1. 使用薬剤 エピペン® 2. 管理方法及び保管場所 あてはまる箇所に☑をつけてください。 <input type="checkbox"/> 本人の鞆の中に入れて保管し、常時携帯します。 <input type="checkbox"/> 学校の定める場所（ _____ ）に保管してください。 <input type="checkbox"/> その他 〔 _____ 〕