様式10

○○発第○○号

　年　月　日

　（　　　）消防本部消防長　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　学校名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　学校長名

アドレナリン自己注射薬に係る情報提供について（依頼）

　下記の児童（または、生徒）について、緊急時の対応にご配慮いただきますようお願いいたします。

１　対象児童（または、生徒）名　性別　（生年月日）　学年　組

２　保護者名

３　住所

４　緊急時連絡先①　名前　（　続柄　）　電話番号

　　　　　　　　②　名前　（　続柄　）　電話番号

５　児童（または、生徒）の状況について

1. 診断名
2. 原因食材など
3. 処方を受けた医療機関

医療機関名（　科）

医師名

住所・電話番号

1. 処方されているアドレナリン自己注射薬

　エピペン®注射液0.15mgまたは、エピペン®注射液0.3mg＜どちらかに○印＞

1. 処方されているアドレナリン自己注射薬の校内での保管場所

６　保護者の承諾

上記の情報提供について、承諾します。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　保護者名

＊医療機関、処方されているアドレナリン自己注射薬が変更になった場合は、再度通知する。

＊該当児童生徒の処方がなくなった場合、卒業、転校した場合は、その旨を通知する。