記入例

疾病状況及び医療用医薬品に関わる確認書

（　　■■　　）小学校　放課後児童クラブ

※直近の情報を記入してください。変更があった場合はすぐにお知らせください。

学　年・学　級		1年　2組（　　学級）	生年月日	令和○○年○○月○○日
児童名（じどうめい）		上越（じょうえつ）　太郎（たろう）	性　別	(男)・女
診　断　名		例：食物アレルギー（卵、ナッツ）　てんかん　喘息　など ①卵アレルギー、②てんかん		
主な症状等		①おう吐、じんましん、呼吸困難 ②けいれん、顔面蒼白		
児童クラブでの注意事項		①昼食・おやつの時、他児童のものを食べない、触れない ②けいれんがおこったら顔を横向きにする		
緊急時の対応（確認事項）		①内服薬を飲ませ、保護者に連絡。アナフィラキシー症状がある場合はエピペンを打ち、救急車要請 ②保護者に連絡、けいれんが5分以上の場合は救急車要請		
医薬品について	医薬品名（服薬量、服薬方法等）	①内服薬（アタラックス）…アレルギー症状が出たら1包 エピペン…アナフィラキシー症状が出たら ②内服薬（テグレトール）…朝夕各1錠		
	使用にあたっての注意事項	①エピペンは、太股前外側に打ち、5秒数えて抜く。		
	保管についての注意事項	①エピペンは15℃～30℃以下で保管、直射日光を避ける	保管場所	例：ランドセル内のポケット ランドセルのポケット
医療機関情報	医療機関名	●●総合病院　□□科		
	住　所	上越市○○1-1-1		
	電話番号	025-▲▲▲-■■■■		
	主治医名	○○　科　●●　先生（直通電話　025-■■■-▲▲▲　） 　　科　　先生（直通電話　　）		

緊急連絡先		氏名	続柄	連絡先（電話番号）
	①	上越　一郎	父	○○株式会社(●●●-●●●●)
	②	上越　桜子	母	㈱□□□（●●●-■■■■）
	③			（　　）
その他連絡事項				

放課後児童クラブにおける日常の取組及び緊急時の対応に活用するため、本確認書に記載された内容を関係職員で確認、共有することに同意します。

令和　○年　○月　○日　　保護者名(署名)　上越　一郎

※　薬剤の処方箋や説明書の写しを添付してください。