

様式⑭

緊急時に備えた処方薬 エピペン®保管依頼書（毎日用）

預かり開始日		クラス	児童名		生年月日	
平成	年	月	日	男・女		平成 年 月 日
保護者氏名			緊急連絡先	①		
				②		
医療機関名			処方日	平成 年 月 日		
薬品名・量			使用期限	平成 年 月 日		
保育所 記載	保管場所					
	保管上の留意点 「エピペン®」の成分は、光により分解されやすいため、携帯用のケースに収められた状態で保管し、使用するまで取り出すべきではない。また 15℃～30℃で保存することが望ましいので、冷所（例：冷蔵庫）または日光のあたる高温下等に放置すべきではない。					
	連絡事項					

《預かる際の注意事項》

- \* 医師の処方箋の薬のみ保管します（処方箋をもとに薬局で出される薬の説明書、またはそのコピーを保管依頼書に添付してください）。
- \* 薬は1回分とし、薬の容器や袋にもクラス、氏名（フルネーム）を記入し、保管依頼書と一緒に直接職員に手渡ししてください。
- \* 薬品名や与薬量（用量）が変わった場合は、すみやかに新しい薬を保管・与薬依頼書と一緒に職員に手渡ししてください。
- \* 緊急時（誤食時）の場合は保護者に連絡しますので、必ず連絡が取れるようにお願いします。

受け渡しチェック表

月日	受取者	返却者	月日	受取者	返却者	月日	受取者	返却者	月日	受取者	返却者

様式⑭

月 日	受取者	返却者	月 日	受取者	返却者	月 日	受取者	返却者	月 日	受取者	返却者