様式4　②

緊急時に備えた処方薬　　エピペン®保管依頼書　（短期用）

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　施設長様

管理開始日	組	園児名	生年月日
令和　年　月　日（　）		男 女	平成/令和　年　月　日

保護者名		緊急連絡先	
医療機関名		受診日(直近)	年　月　日
薬品名･量		使用期限	年　月　日

＊医師の処方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、薬の容器袋にも組と氏名（フルネーム）を書いてください。

＊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お願いします。ただし、エピペンを使用する状況の時は、事後連絡となることがあります。

保育園等記載	保育園等での保管場所	
	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ない。 受け者　（　　）	

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
／			／			／			／		
／			／			／			／		
／			／			／			／		
／			／			／			／		
／			／			／			／		
／			／			／			／		
／			／			／			／		
／			／			／			／		
／			／			／			／		
／			／			／			／		
／			／			／			／		

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
／			／			／			／		
／			／			／			／		
／			／			／			／		
／			／			／			／		
／			／			／			／		
／			／			／			／		
／			／			／			／		
／			／			／			／		
／			／			／			／		
／			／			／			／		
／			／			／			／		
／			／			／			／		
／			／			／			／		
／			／			／			／		
／			／			／			／		
／			／			／			／		
／			／			／			／		
／			／			／			／		
／			／			／			／		
／			／			／			／		
／			／			／			／		
／			／			／			／		
／			／			／			／		
／			／			／			／		
／			／			／			／		
／			／			／			／		
／			／			／			／		
／			／			／			／		
／			／			／			／		
／			／			／			／		
／			／			／			／		