

記入日 年 月 日

里庄町立 学校園長 様

保護者氏名（続柄：\_\_\_\_\_）㊟

教職員による処方薬の使用等について（依頼）

園児・児童・生徒 \_\_\_\_\_年 組 <sup>なりの</sup>氏名 \_\_\_\_\_ が

アナフィラキシーショックにより、下記の症状のある場合は、アドレナリン自己注射〔エピペン〕を自ら注射できない本人に代わって注射いただくようお願いします。

1 症状

2 その他

食物アレルギー症状として、下記の症状のある場合は、処方薬（抗ヒスタミン薬やステロイド薬等）を服用させていただくようお願いします。

1 症状

2 その他

※記入にあたっての注意  
本文書は、毎年ご提出下さい。