

## アドレナリン自己注射薬（エピペン®）使用状況について

学 校 名			
発 生 日 時	平成	年	月 日 ( ) :
発生の時間	<input type="checkbox"/> 給食	<input type="checkbox"/> 休み時間	<input type="checkbox"/> その他 ( )
学年・性別	第	学年	組 男 ・ 女
救急車要請	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	
医療機関名	<input type="checkbox"/> 入院あり		
基 礎 情 報	<input type="checkbox"/> 原因アレルゲン ( )		
	<input type="checkbox"/> 学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）	あり	・ なし
	<input type="checkbox"/> 個別の取組プラン	あり	・ なし
	<input type="checkbox"/> 緊急時の対応表	あり	・ なし
処 方 薬	<input type="checkbox"/> 抗ヒスタミン薬 ( )		
	<input type="checkbox"/> ステロイド ( )		
	<input type="checkbox"/> アドレナリン自己注射薬（エピペン®）	あり	・ なし
注 射 状 況	<b>□アナフィラキシー発症での注射状況</b>		
	<b>【状況の概要】</b> <input type="checkbox"/> エピペン®をうった <input type="checkbox"/> エピペン®が処方されていたが、 学校でうてなかった		<b>【発症から医療機関受診までの経過】</b>
	<b>□誤射</b>		
	<b>【状況の確認】</b> <input type="checkbox"/> エピペン®を誤った取扱いで意図 せずに投与した <input type="checkbox"/> 明らかな適応の誤りにより本人に 投与した <input type="checkbox"/> 誤って薬液が発射された （本人には注射されなかった） <input type="checkbox"/> その他 ( )		<b>【誤射の経過】</b>