

保護者様

シンガポール日本人学校

小学部クレメンティ校 校長 前川嘉宏

小学部チャンギ校 校長 池端弘久

中学部 校長 田中誠一

学校管理下におけるエピペンの取り扱いについて

学校において、児童生徒がアナフィラキシーショックを起こした場合、重篤な状態に陥る可能性もあります。そのため、発作時に保護者が直ちに対応できない場合のことを考慮し、主治医の指示に基づき、下記のように対応していきたいと考えます。ご理解いただき、エピペンの使用を依頼される場合には、要領に沿って書類の提出をお願いいたします。

記

1 緊急のエピペン使用に関する対応

教職員は、薬の投与等の医療行為は行えませんので、医師の指示のもと、命に関わる場合のみ認められた処置（エピペン投与）を行います。あらかじめご了承ください。

2 緊急対応としてのエピペン使用に関する条件

- (1)医師の指示のもと、安全であることが確認されているものに限りします。
- (2)医師の指示により必要と認められた場合、トレーニングを受けた学校職員によるエピペンの使用を行います。
- (3)学校職員によるエピペンの使用後は直ちに搬送先の病院まで出向くことをお願いします。

3 発作が起きた時の対応

学校職員によりエピペンを使用した後は、救急搬送し、随時保護者に経過を報告します。

4 登下校中および校外学習におけるエピペン対応

登下校中における対応は致しかねます。校外学習でエピペンを持たせる場合は、必ず前日までに、保管場所を担当までお知らせください。また校外学習中は、必ずしも担任や他の教諭が近くにいるとは限りません。お子様自身が自己の体調の変化に気付き、伝えたり対応したりすることができるよう、各家庭でもご指導ください。

5 手続きの流れ

- (1)御希望の際は、担任または養護教諭へお伝えください。説明と必要書類をお渡しします。
- (2)「学校生活管理指導表」は主治医に記入を依頼してください。
- (3)保護者は「エピペン使用に関する実施申請書」と「学校生活管理指導表」を学校へ提出してください。
- (4)学校で実施内容について検討し、保護者に「受理書」をお渡しします。
- (5)保護者は医師のサインをもらい、学校へ「同意書」を提出してください。

*エピペンは、氏名、薬品名を明記してください。

*手続きは年度内有効です。次年度も継続して申請する場合は、年度初めに改めて継続の手続きをしてください。

上記1～4御理解いただいた上で、学校管理下におけるエピペンの取扱にご理解いただけた場合

は、以下の書類をご提出ください。

【提出書類】

1 「エピペン使用に関する実施の申請書」 <保護者で>

保護者から学校に提出していただき、校内での実施の可否について検討します。

2 「学校生活管理指導表」 <主治医で>

受理書に同意していただいたあと

3 「同意書」 <保護者・主治医で>

保護者様

シンガポール日本人学校

小学部クレメンティ校 校長 前川嘉宏

小学部チャンギ校 校長 池端弘久

中学部 校長 田中誠一

アナフィラキシーショックの対応について（依頼）

日頃より本校の学校保健の取り組みにご理解とご協力をいただき、誠にありがとうございます。

さて、学校において、児童生徒がアナフィラキシーショックを起こした場合、早急に対応しなければ重篤な状態に陥る可能性もあります。そのため、アナフィラキシーショックを起こした場合緊急対応として、主治医の指示に基づいて、学校職員がエピペンの使用を行います。

記

- ・「エピペン使用に関する実施の申請書」

エピペン使用が必要な症状、使用するエピペンの名称と投与量、使用後の対応等を御記入ください。児童生徒がアナフィラキシーショックで緊急な対応を必要とする状況になった場合には、校内での活動中であれば救急車を要請します。また校外での活動中であれば最寄りの病院にて必要な処置を依頼することとしています。その際に搬送先の医師に必要な情報があれば併せてご記入ください。申請書の写しをお渡ししますで、本人が携帯するエピペンと一緒に持ちください。

- ・「学校管理指導表」

医師による御記入をお願いします。どのような時にどう対応するのか、詳しく御記入していただってください。

エピペン使用に関する実施の申請書

平成 年 月 日

小学部（クレメンティ・チャンギ）・中学部

_____年_____組

パスポートNO.

グリーンカードPINNO.

児童生徒氏名

保護者 _____ 印

上記の児童生徒がアナフィラキシーショックを起こし、または起こす可能性があるときに、医師または保護者が直ちに対応できず、重篤な状態が生じた場合、あるいは生じる可能性がある場合は、主治医の指示に基づいて、適切に対応していただきますようお願いいたします。

なお、以前に保護者によるエピペンの使用の際は問題なく安全性が確認されております。また、下記事項に変更が生じた場合には、直ちに連絡・再申請します。

記

1 申請する緊急時の対応内容（保護者への連絡・エピペンの使用・救急搬送の目安を具体的に）

2 エピペンの取り扱い

3 主治医について

(1) 病院（医院）名・診療科名

(2) 主治医氏名

(3) 病院(医院)所在地

(4) 病院(医院)電話番号

4 保護者の緊急連絡先

(1) 連絡先 _____ (2) 連絡先 _____

(3) 自宅 _____ (4) 職場等 _____