

# エピペン所持者情報

年 月 日

ふりがな		性別	生 年 月 日	住 所
氏 名				

保 護 者 名	学 校 名	住 所	エピペン保管場所
緊 急 連 絡 先	代 表 者 名	電 話 番 号	

かかりつけ病院名	アレルギー要因 (食べ物、虫、その他)	その他必要な事項
担当科 医師名		
		エピペン有効期限:

※ 本情報は、個人情報の観点から必ず保護者の同意のうえ提出してください。

※ 本情報は、救急業務以外に使用しません。また、学校卒業後は警防課まで連絡をお願いします。

本件に関する問い合わせ先： 津山圏域消防組合 警防課 救急救助係 TEL(0868)31-1265