

エピペン[®]注射液

適正使用のための理解確認事項・適正使用同意書

エピペン[®]注射液 適正使用のための理解確認事項・適正使用同意書は、アナフィラキシー補助治療剤 アドレナリン注射液 エピペン[®]注射液を患者様へ処方いただく際に、患者様が必要な事項を理解したことを確認し、同意を取得するための書類です。

本冊子は、エピペン[®]注射液の適正使用のための理解確認事項・適正使用同意書(2枚複写)を一式にまとめております。

合計3枚綴りで1セットになっており、1枚目が記載内容についての詳細説明、2枚目、3枚目が、適正使用のための理解確認事項・適正使用同意書(複写式)になっております。

問い合わせ先

ヴィアトリス製薬株式会社
東京都港区虎ノ門5丁目11番2号

エピペン カスタマーサポートセンター



0120-303-347

エピペン®注射液 適正使用のための理解確認事項・適正使用同意書(2枚複写)

一処方ごとにご利用いただける書類を一式にまとめています。

適正使用のための理解確認事項の各項目を確認の上、処方医師・患者(必要な場合には保護者)の双方で適正使用同意書にご署名ください。

※医療機関・患者で各1部ずつ保管してください。
(ヴィアトリス製薬株式会社への送付は不要です。)

エピペン®注射液 適正使用のための理解確認事項	
内 容	ご 理 解*
1. アナフィラキシーについて、ご理解いただけましたか？	☐ はい ☐ いいえ
2. エピペン®はあくまでも緊急時の補助として使用するものであり、医療機関での救命薬として用いられるものではないので、使用後は直ちに医療機関で適切な処置を受ける必要があります。アナフィラキシー症状は人それぞれであり、エピペン®を使用したことを、ご理解いただけましたか？	
3. エピペン®使用時の副作用（急激な血圧上昇、脳出血、アレルギー反応、嘔吐、下痢、発熱、寒気、冷感等）について、ご理解いただけましたか？	
4. エピペン®の適正な使用方法および保管方法について、ご理解いただけましたか？	
5. エピペン®を使用するタイミングについて、ご理解いただけましたか？	☐ はい ☐ いいえ
6. 日頃からアナフィラキシー発現時の状況について意識し、エピペン®の使用方を訓練しておく必要があることをご理解いただけましたか？	☐ はい ☐ いいえ
7. エピペン®を使用した後に医療機関を受診した際、治療担当医師と処方担当医師が異なるケースが想定されます。治療担当医師は、あなたの治療のために「連絡先シール」にある処方担当医師より診療記録の確認が必要となる場合があります。このため、処方を受けた際には、必ず添付の連絡先シールに処方医師名、医療機関名などを記入し、携帯用ケースに貼付する必要があることをご理解いただけましたか？	☐ はい ☐ いいえ
8. エピペン®を使用後に医療機関で治療を受けた際には、医療機関へ使用済みのエピペン®を返却する必要があることをご理解いただけましたか？	☐ はい ☐ いいえ
9. 使用期限を過ぎたエピペン®は返却し、また引き続きエピペン®の処方を希望される方は、新たにエピペン®の処方を受ける必要があります。なお、「重要なお知らせ通知プログラム」に登録すると、処方されたエピペン®の使用期限が切れる前にお知らせが届くサービスを受けられます。これらのことをご理解いただけましたか？	☐ はい ☐ いいえ
10. 新たなエピペン®の処方を受ける際には、本剤を適正に使用するために、改めて上記の指導を受ける必要があることをご理解いただけましたか？	☐ はい ☐ いいえ

*いずれかにチェックをお入れください。

エピペン®注射液 適正使用同意書	
処方医師署名欄	患者署名欄
私はエピペン®を処方するために、上記の内容について説明・指導いたしました。	私はエピペン®に関する説明・指導および上記の説明・指導を十分に理解いたしました。
西暦 年 月 日	生 年 月 日
施 設 名 _____	（必要な場合には、保護者の方の署名をお願いします）
診療科名 _____	保護者署名 _____
医師署名 _____	

（医療機関控え）

必要な場合には保護者の署名も得てください。

エピペン®注射液 適正使用同意書

処方医師署名欄	患者署名欄
私はエビペン®を処方するために、上記の内容について説明・指導いたしました。 西暦 年 月 日 施 設 名 _____ 診療科名 _____ 医師署名 _____	私はエビペン®に関する説明・指導および上記の説明・指導を受け、その内容を理解いたしました。私は注意事項を守り、自己の責任において本剤を適正に使用いたします。 西暦 年 月 日 患 者 署 名 _____ 生 年 月 日 年 月 日 (必要な場合には、保護者の方の署名をお願いします) 保護者署名 _____

問い合わせ先

ヴィアトリス製薬株式会社
東京都港区虎ノ門5丁目11番2号

エピペン カスタマーサポートセンター

 **0120-303-347**

エピペン®注射液 適正使用のための理解確認事項

内 容	ご 理 解*
1. アナフィラキシーについて、ご理解いただけましたか？	☐ はい ☐ いいえ
2. エピペン®はあくまでも緊急時の補助として使うものであり、医療機関での救命治療に代わるものではないので、使用後は直ちに医療機関で適切な処置を受けること、また、発現するアナフィラキシー症状は人それぞれであり、エピペン®を使用したからといって必ず有効であるとは限らないことを、ご理解いただけましたか？	☐ はい ☐ いいえ
3. エピペン®使用時の副作用（急激な血圧上昇、脳出血など）と誤注射のリスク（指の痛みや蒼白、冷感等）について、ご理解いただけましたか？	☐ はい ☐ いいえ
4. エピペン®の適正な使用方法および保管方法について、ご理解いただけましたか？	☐ はい ☐ いいえ
5. エピペン®を使用するタイミングについて、ご理解いただけましたか？	☐ はい ☐ いいえ
6. 日頃からアナフィラキシー発現時の状況について意識し、エピペン®の使用方法を訓練しておく必要があることをご理解いただけましたか？	☐ はい ☐ いいえ
7. エピペン®を使用した後に医療機関を受診した際、治療担当医師と処方担当医師が異なるケースが想定されます。治療担当医師は、あなたの診療のために「連絡先シール」にある処方担当医師より診療記録の確認が必要となる場合があります。このため、処方を受けた際には、必ず添付の連絡先シールに処方医師名、医療機関名などを記入し、携帯用ケースに貼付する必要があることをご理解いただけましたか？	☐ はい ☐ いいえ
8. エピペン®を使用後に医療機関で治療を受けた際には、医療機関へ使用済みのエピペン®を返却する必要があることをご理解いただけましたか？	☐ はい ☐ いいえ
9. 使用期限を過ぎたエピペン®は返却し、また引き続きエピペン®の処方を希望される方は、新たにエピペン®の処方を受ける必要があります。なお、「重要なお知らせ通知プログラム」に登録すると、処方されたエピペン®の使用期限が切れる前にお知らせが届くサービスを受けられます。これらのことをご理解いただけましたか？	☐ はい ☐ いいえ
10. 新たなエピペン®の処方を受ける際には、本剤を適正に使用するために、改めて上記の指導を受ける必要があることをご理解いただけましたか？	☐ はい ☐ いいえ

＊いずれかにチェックをお入れください。

エピペン®注射液 適正使用同意書

処方医師署名欄	患者署名欄
私はエピペン®を処方するために、上記の内容について説明・指導いたしました。 西暦 年 月 日 施 設 名 _____ 診療科名 _____ 医師署名 _____	私はエピペン®に関する説明・指導および上記の説明・指導を受け、その内容を理解いたしました。私は注意事項を守り、自己の責任において本剤を適正に使用いたします。 西暦 年 月 日 患 者 署 名 _____ 生 年 月 日 _____ 年 月 日 （必要な場合には、保護者の方の署名をお願いいたします） 保護者署名 _____

（医療機関控え）

エピペン®注射液 適正使用のための理解確認事項

内 容	ご 理 解*
1. アナフィラキシーについて、ご理解いただけましたか？	☐ はい ☐ いいえ
2. エピペン®はあくまでも緊急時の補助として使うものであり、医療機関での救命治療に代わるものではないので、使用後は直ちに医療機関で適切な処置を受けること、また、発現するアナフィラキシー症状は人それぞれであり、エピペン®を使用したからといって必ず有効であるとは限らないことを、ご理解いただけましたか？	☐ はい ☐ いいえ
3. エピペン®使用時の副作用（急激な血圧上昇、脳出血など）と誤注射のリスク（指の痛みや蒼白、冷感等）について、ご理解いただけましたか？	☐ はい ☐ いいえ
4. エピペン®の適正な使用方法および保管方法について、ご理解いただけましたか？	☐ はい ☐ いいえ
5. エピペン®を使用するタイミングについて、ご理解いただけましたか？	☐ はい ☐ いいえ
6. 日頃からアナフィラキシー発現時の状況について意識し、エピペン®の使用方法を訓練しておく必要があることをご理解いただけましたか？	☐ はい ☐ いいえ
7. エピペン®を使用した後に医療機関を受診した際、治療担当医師と処方担当医師が異なるケースが想定されます。治療担当医師は、あなたの診療のために「連絡先シール」にある処方担当医師より診療記録の確認が必要となる場合があります。このため、処方を受けた際には、必ず添付の連絡先シールに処方医師名、医療機関名などを記入し、携帯用ケースに貼付する必要があることをご理解いただけましたか？	☐ はい ☐ いいえ
8. エピペン®を使用後に医療機関で治療を受けた際には、医療機関へ使用済みのエピペン®を返却する必要があることをご理解いただけましたか？	☐ はい ☐ いいえ
9. 使用期限を過ぎたエピペン®は返却し、また引き続きエピペン®の処方を希望される方は、新たにエピペン®の処方を受ける必要があります。なお、「重要なお知らせ通知プログラム」に登録すると、処方されたエピペン®の使用期限が切れる前にお知らせが届くサービスを受けられます。これらのことをご理解いただけましたか？	☐ はい ☐ いいえ
10. 新たなエピペン®の処方を受ける際には、本剤を適正に使用するために、改めて上記の指導を受ける必要があることをご理解いただけましたか？	☐ はい ☐ いいえ

＊いずれかにチェックをお入れください。

エピペン®注射液 適正使用同意書

処方医師署名欄	患者署名欄
私はエピペン®を処方するために、上記の内容について説明・指導いたしました。 西暦 年 月 日 施 設 名 _____ 診療科名 _____ 医師署名 _____	私はエピペン®に関する説明・指導および上記の説明・指導を受け、その内容を理解いたしました。私は注意事項を守り、自己の責任において本剤を適正に使用いたします。 西暦 年 月 日 患 者 署 名 _____ 生 年 月 日 _____ 年 月 日 （必要な場合には、保護者の方の署名をお願いいたします） 保護者署名 _____

（患者控え）

