

様式 3

緊急時薬依頼書

千葉大学教育学部附属特別支援学校長 様

別紙「緊急時薬指示書」による医師からの指示に基づき、学校（宿泊学習等を含む）における緊急薬使用を依頼します。

この依頼書は指示内容が変更となるまでの期間のもので、指示内容が変更になった場合は、すみやかに新しい「緊急時薬指示書」でお知らせします。

基本的には、緊急薬を使用する際は、保護者に電話等で御連絡の上、使用しますが、連絡が取れない場合は、医師からの「緊急時薬指示書」どおり使用を希望されますか。
あてはまるものに○印をお願いいたします。

() 希望する

() 希望しない

令和 年 月 日

児童・生徒 氏名 _____

保 護 者 氏名 _____ 印

主治医 様

千葉大学教育学部附属特別支援学校
校 長 細 川 かおり

「緊急時薬指示書」への御記入のお願い

時下、貴職におかれましては益々御清祥のこととお慶び申し上げます。

日頃より本校の児童生徒が大変お世話になり、心より御礼申し上げます。

さて、学校における緊急時に、薬の使用介助の依頼を保護者から受けるにあたりまして、先生の御所見を頂きたく存じます。

つきましては、御多忙のところ恐縮でございますが、裏面の「緊急時薬指示書」に、御記入くださいますようお願い申し上げます。

なお、毎年、年度当初に確認をさせて頂きたく存じます。内容に変更のない場合は、確認印及び日付等を御記入して頂き、指示書の内容に変更が生じた際には、年度途中にかかわらず、お手数ですが、再度御記入願います。

今後とも、何卒よろしくお願い申し上げます。

様式 4

緊急時薬指示書

氏名 _____

診断名 _____

① 現在の状態と、治療・薬の状況

--

② 発作時の対応・薬を使用するタイミング

(例 けいれんが10分以上続いた場合は座薬を1錠挿入する。)

--

③ 発作時の薬について

名称・使用量	
副作用	
効果が出るまでの時間	
保管方法と有効期限	

④ 薬を使用しても発作がおさまらなかった場合の次の処置とタイミング

--

⑤ その他注意すること

--

令和 年 月 日 病院名・医師名 _____ 印

年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
上記に同じ 担当医氏名 _____ 印	上記に同じ 担当医氏名 _____ 印	上記に同じ 担当医氏名 _____ 印	上記に同じ 担当医氏名 _____ 印	上記に同じ 担当医氏名 _____ 印

