

薬の使用介助依頼書 [緊急時]

富山県立にいかわ総合支援学校長 様

医師による診察の結果、薬の処方を受け加療中です。現在、子供の容態は安定していますが、学校生活中に発作があった場合の緊急の対応として、下記の主治医指示に従い、保護者に代わって薬の使用介助及び保管をお願いします。なお、薬を使用した結果については、保護者に責任があることを了承します。

令和 年 月 日

保護者氏名 _____ 印 (緊急連絡先 TEL _____)

保護者欄 (太線内をもれなく記入してください。)

学部・学年	小・中・高 _____年	児童生徒氏名	
病名(症状)	てんかん ・ 食物アレルギー ・ 他()		
薬の種類	坐薬 ・ エピペン ・ 他()		
学校保管数量			
使用期限			

主治医指示

上記児童生徒が、学校生活中に発作やショック等が見られた場合の対応は、下記の通りである。

疾患名	
薬剤名・分量	
使用方法	<input type="checkbox"/> 坐薬…肛門に()個挿入する。 <input type="checkbox"/> エピペン…太もも前外側に打つ。
使用の目安	使用判断基準・目安 等
緊急時の対応者	該当児童生徒への吸入介助・坐薬挿肛・エピペンを使用できる者 担任教諭 ・ 養護教諭 ・ 他 []
その他留意点	救急搬送判断基準・目安 等
主治医	令和 年 月 日 医療機関名 _____ 主治医氏名 _____ 印

服薬結果 令和 年 月 日 時 分、上記の依頼通り、薬の服薬介助を行いました。

介助者 _____ 印

実施内容を確認しました。 保護者確認印 (サイン可) _____ 印

※押印またはサイン記入後は学校へ返却してください。