

様式3

【坐薬鎮痛剤等を頓服薬として使用する場合】

<主治医の先生へ 下記の内容について御記入をお願いいたします。>

令和 年 月 日

頓服薬使用の介助に係る指示書

宮城県立松陵支援学校長 殿

医療機関名

所在地

主治医名

児童生徒名			
診断名			
症状発現時の対応	① 計時・観察 ② 薬剤使用の介助 ③ 救急車要請 ④ その他()		
使用する薬剤名等	薬剤名	1回の用量	
服薬の必要な状態			
薬剤を使用しても、状態が改善されないときの対応			
配慮事項など (坐薬の場合は排便で出てしまったときの対応等)			

指示書の継続(2年目以降)

*上記の内容に変更がなく、このまま更新の場合は下記の欄に署名押印をお願いいたします。

確認の年月日	令和 年 月 日	令和 年 月 日	令和 年 月 日
主治医署名			
確認の年月日	令和 年 月 日	令和 年 月 日	令和 年 月 日
主治医署名			