様式4 【てんかん発作・アナフィラキシー・ぜん息発作等の緊急時対応として薬を使用する場合】

令和　　年　　月　　日

緊急時服薬依頼書

宮城県立松陵支援学校長 殿

富谷校　　年・児童生徒氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

保護者等氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

緊急時の対応が必要なため、下記のとおり学校での薬剤の保管・使用を依頼します。

1　対応を要する症状 ※○で囲んでください。

①てんかん発作　　②ぜん息発作　　③＿＿．＿℃以上の発熱　　④その他（　　）

2　具体的にどのような症状(発作)ですか。

前　兆 （ 有・無 ）	（ある場合は具体的に）		
症　状 (けいれん 有 ・ 無)	（頻度・体の様子など具体的に）		
けいれんの時間	約　　～　　（ 秒 ・ 分 ）	最終発作	平成・令和　　年　　月頃
症状の頻度	日又は　　か月に　　回	家庭での薬の使用頻度	日又は　　か月に　　回
使用する薬剤			
投薬後の様子	（例：30分ほど眠る、しばらくぼーっとする等）		

3 学校生活（運動・水泳・給食・水分補給・校外学習など）で留意すべき事項

4 緊急時服薬使用時の連絡先

※薬剤使用の前に連絡し、確認を取らせていただきます。連絡が取れない場合には、指示書に従い対応いたします。

①　　TEL（　　）　　－

②　　TEL（　　）　　－

依頼書の継続（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
保護者署名			
確認の年月日	令和　　年　　月　　日	令和　　年　　月　　日	令和　　年　　月　　日
保護者署名			