

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

小学部・中学部・高等部 _____ 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 _____ . _____ °C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			