

様式5

【てんかん発作・アナフィラキシー・ぜん息発作等 緊急時対応】

<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

緊急時対応指示書

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			
てんかん発作型	<input type="checkbox"/> 強直発作 <input type="checkbox"/> 強直間代発作 <input type="checkbox"/> 単純部分発作 <input type="checkbox"/> 複雑部分発作 <input type="checkbox"/> 欠神発作 <input type="checkbox"/> ミオクロニー発作 <input type="checkbox"/> その他()		
緊急時の対応	<input type="checkbox"/> ① 計時・観察 <input type="checkbox"/> ② 投薬 <input type="checkbox"/> ③ 救急車要請 <input type="checkbox"/> ④ その他()		
緊急時に使用する薬剤名等	薬剤名		1回の用量
緊急時の判断のめやす	<input type="checkbox"/> ①症状(発作)があれば直ちに使用 <input type="checkbox"/> ②症状(発作)が[5分・10分・30分]以上続くとき <input type="checkbox"/> ③細かい発作が複数回(回以上)見られるとき <input type="checkbox"/> ④その他[]		
薬剤を使用しても、状態が改善されないときの対応	<input type="checkbox"/> 投薬後[5分・10分・ 分]しても改善されなければ救急搬送 <input type="checkbox"/> その他[]		
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			