

年 月 日

富山県立高志支援学校長 殿

健康管理のための服薬等の実施依頼書（坐薬）

部・ 年 児童生徒氏名
依頼者氏名

医師の指示により、下記の薬を使用する必要があります。
つきましては、薬を学校で預かり、必要時対応して下さるようお願いいたします。

記

薬品名	() 1回使用量: mg () 個使用)
使用に際しての 主治医からの指示	<ul style="list-style-type: none">・発作開始後、<すぐ・ 分続いたとき>坐薬を挿入する。・坐薬を使用すべき発作の状況・坐薬の使用に際しての指示（使用前に保護者連絡が必要等）・坐薬の挿入後の対応 { <input type="checkbox"/>保護者の迎えまで静養 { <input type="checkbox"/>救急搬送（搬送先:)
医療機関・医師名 電話番号	医療機関名: () 主治医: () 電話番号: ()
保護者緊急連絡先	

※薬品名及び使用時の指示は、医師にたずねてから正確に記入してください。

※学校で坐薬を使用した場合、原則早退となります。必ず受診してください。 以上

年 月 日

様

健康管理のための服薬等の実施について(坐薬)

富山県立高志支援学校長

上記の依頼について、承諾いたしました。
実施は、(

)が行います。

記入例

〇年 〇月 〇日

富山県立高志支援学校長 殿

健康管理のための服薬等の実施依頼書（坐薬）

〇学 部・ 〇 年 児童生徒氏名 高志 太郎
依頼者氏名 高志 花子

医師の指示により、下記の薬を使用する必要があります。
つきましては、薬を学校で預かり、必要時対応して下さるようお願いいたします。

記

薬品名	(<u>ダイアアップ</u>) 1回使用量: <u>12</u> mg (<u>6</u> mg× <u>2</u> 個使用)
使用に際しての 主治医からの指示	<ul style="list-style-type: none">発作開始後、<すぐ・<u>5</u>分続いたとき>坐薬を挿入する。坐薬を使用すべき発作の状況 <u>全身けいれんが5分以上続くとき。</u> <u>チアノーゼを伴う発作のとき。</u>坐薬の使用に際しての指示（使用前に保護者連絡が必要等） <u>坐薬挿入前に母に連絡をする。</u>坐薬の挿入後の対応 { <input type="checkbox"/>保護者の迎えまで静養 <input checked="" type="checkbox"/>救急搬送（搬送先: <u>〇〇〇病院</u>）
医療機関・医師名 電話番号	医療機関名: (<u>〇〇〇病院</u>) 主治医: (<u>〇〇 〇〇</u> 医師) 電話番号: (<u>〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇</u>)
保護者緊急連絡先	<u>高志 花子 (母)</u> <u>〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇</u>

※薬品名及び使用時の指示は、医師にたずねてから正確に記入してください。
※学校で坐薬を使用した場合、原則早退となります。必ず受診してください。 以上

年 月 日

様

健康管理のための服薬等の実施について(坐薬)

富山県立高志支援学校長

上記の依頼について、承諾いたしました。
実施は、(

)が行います。