

## 薬の使用介助依頼書 [緊急時]

富山県立にいかわ総合支援学校長 様

医師による診察の結果、薬の処方を受け加療中です。現在、子供の容態は安定していますが、学校生活中に発作があった場合の緊急の対応として、下記の主治医指示に従い、保護者に代わって薬の使用介助及び保管をお願いします。なお、薬を使用した結果については、保護者に責任があることを了承します。

令和 年 月 日

保護者氏名 (緊急連絡先 TEL - - )

保護者欄 (太線内をもれなく記入してください。)

|        |                       |        |  |
|--------|-----------------------|--------|--|
| 学部・学年  | 小・中・高 ____年           | 児童生徒氏名 |  |
| 病名(症状) | てんかん ・ 食物アレルギー ・ 他( ) |        |  |
| 薬の種類   | 坐薬 ・ エピペン ・ 他( )      |        |  |
| 学校保管数量 |                       |        |  |
| 使用期限   |                       |        |  |

## 主治医指示

上記児童生徒が、学校生活中に発作やショック等が見られた場合の対応は、下記の通りである。

|         |  |
|---------|--|
| 疾患名     |  |
| 薬剤名・分量  |  |
| 使用方法    | <input type="checkbox"/> 坐薬…肛門に( )個挿入する。<br><input type="checkbox"/> エピペン…太もも前外側に打つ。 |
| 使用の目安   | 使用判断基準・目安 等  |
| 緊急時の対応者 | 該当児童生徒への吸入介助・坐薬挿肛・エピペンを使用できる者<br>担任教諭 ・ 養護教諭 ・ 他 [ ]                                 |
| その他留意点  | 救急搬送判断基準・目安 等  |
| 主治医     | 令和 年 月 日<br>医療機関名 主治医氏名  |

## 服薬結果

令和 年 月 日 時 分、

上記の依頼通り、薬の服薬介助を行いました。 介助者

実施内容を確認しました。 保護者確認サイン

※確認記入後は学校へ返却してください。