

緊急時与薬依頼書

緊急時の対応が必要なため、下記のとおり、学校での薬の使用・保管を依頼します。

| | | | | | | | | | |
|----------------------|--------------------|---|----|----------------------|-------------------------|-------------|----------------------|----------|--|
| ① 学部 | | 年 | | ②児童生徒氏名 | | | ③保護者氏名 | | |
| ④薬が必要な場合の状況 | | | | | ⑤薬の名称 | | | ⑥1回使用する量 | |
| ⑦薬を使用してから効果が現れるまでの時間 | | | | ⑧薬を使用した後、どのような状態になるか | | | ⑨排便等により、薬が出てしまった時の対応 | | |
| ⑩ | かかりつけ病院名 | | | 電話番号 | | | | | |
| | 主治医名 | | | 診察券番号 | | | | | |
| ⑪ | 緊急連絡先 | 1 | 氏名 | 続柄 | 電話番号 (連絡先名称) | | | | |
| | 緊急連絡先 | 2 | 氏名 | 続柄 | 電話番号 (連絡先名称) | | | | |
| ⑫ | 保護者に連絡がとれなかった場合の使用 | | 可 | 不可 | ⑬ 家庭での座薬使用頻度 (月に1回程度など) | ⑭ その他注意すること | | | |
| | | | | | | | | | |