

(様式3-2)

令和 年 月 日

静岡県立沼津聴覚特別支援学校長 様

医療機関名
住所・連絡先
主治医氏名 印

「急な発熱・発作などの緊急時に使用する薬」に関する指示書

貴校に在籍します〔幼稚部・小学部・中学部・高等部 年 氏名
()〕の「急な発熱・発作などの緊急時に使用する薬」につ
きまして、下記のように指示します。

記

1 診断名
2 現在の病状
3 病状（発作）が見られたときの対処方法について
4 急な発熱・発作などの緊急時に使用する薬（座薬など）について (1) 薬品名 (2) 量 (3) 扱い時の注意 (4) その他
5 注意事項など

2年	主治医確認印	3年	主治医確認印
月 日	印	月 日	印
4年	主治医確認印	5年	主治医確認印
月 日	印	月 日	印
6年	主治医確認印		
月 日	印		