

(様式3-1)

令和 年 月 日

「急な発熱・発作などの緊急時に使用する薬」の依頼書

沼津特別支援学校長 様

「急な発熱・発作などの緊急時に使用する薬」について下記のように依頼いたします。

記

急な発熱・発作などの緊急時に使用する薬について、学校での保管と扱いにつきまして、医師の指示書(様式3-2)を添えて依頼いたします。

小・中・高 _____ 年 _____ 組 児童生徒氏名 _____

保護者氏名 _____

処方した医療機関・医師名

医療機関名

医師名

・薬の名称・1回の使用量

・病状(発作)が見られたときの対処方法について

・薬を使用しても、状態が変わらない場合の対応について

・その他注意すること

(様式3-2)

令和 年 月 日

主治医 様

静岡県立沼津特別支援学校長

「急な発熱・発作などの緊急時に使用する薬」に関する指示書について
(お願い)

本校に在籍します〔小・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、保護者より学校
での保管とその扱いにつきまして、依頼がありましたので、主治医様より指示書
(様式3-2)をいただきたくお願い申し上げます。

御多忙のところ恐縮ですがよろしく申し上げます。

担 当 保 健 室
電話番号 055-966-0980
FAX 番号 055-967-5704

(様式3-2)

令和 年 月 日

静岡県立沼津特別支援学校長 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〔小・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		

