

(様式2-1)

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

伊豆の国特別支援学校長 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2-2)を添えて依頼いたします。

小 ・ 中 ・ 高 _____年 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 2－2)

令和 年 月 日

主治医 様

静岡県立伊豆の国特別支援学校長

「急な発熱・発作などの緊急時に使用する薬」に記入について（お願い）

日頃より、児童生徒の病気治療に関し、大変お世話になっております。

さて、アレルギーやてんかん発作などで緊急時に与薬が必要な児童生徒の学校での薬の取り扱いや対応、学校生活を送る上での留意事項等について、「急な発熱・発作などの緊急時に使用する薬」（様式 2－2）により、御指導、御指示くださいますようお願い申し上げます。

担 当 養 護 教 諭
電話番号 055-949-0001
FAX 番号 055-949-0100

(様式 2 - 2)

令和 年 月 日

静岡県立伊豆の国特別支援学校長 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

貴校に在籍する児童生徒について、下記のように指示します。

小 ・ 中 ・ 高 _____年 児童生徒氏名_____

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 留意事項など

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		