流山市立八木北小学校　校長　様

緊急薬保管・使用介助依頼書

（　令和　　年度　　年　　組
　令和　　年度　　年　　組
　令和　　年度　　年　　組
　令和　　年度　　年　　組
　令和　　年度　　年　　組
　令和　　年度　　年　　組　）

児童氏名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（生年月日：　　年　　月　　日）

緊急時に備えて、下記のように緊急薬を処方します。

・診断名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

・薬品名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

・1回の使用量 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

・緊急薬保管場所　１ 本人が所持　２ 保健室冷蔵庫内　3その他（　　）

・使用基準（どのような状態になったら使用するかを詳しくご記入ください）

・使用手順・方法

・緊急薬使用後の対応（医療機関への搬送の有無、救急車要請の必要の有無　等）

・その他注意すること（学校での取扱で注意することがありましたらご記入ください）

・現在の病状、治療・投薬の状況

令和　　年　　月　　日

医療機関名

主治医氏名　　印

◎上記の薬の取扱は、原則として保護者に連絡をとった上で、主治医の指示どおりの与薬となりますが、保護者と連絡がとれなかった場合はどうしますか？

1　保護者と連絡がとれるまで与薬はしない　→　（　医療機関へ搬送・救急車要請　）
2　保護者と連絡がとれなくても与薬をしてほしい
3　その他（　　）

上記のとおり、主治医の処方により緊急薬の保管・使用を依頼します。

令和　　年　　月　　日

保護者氏名　　印

◎自宅住所:　　◎電話番号:

【緊急連絡先電話番号】

優先順

①	【自宅・職場(名称:　　)・携帯(誰の？　　)】
②	【自宅・職場(名称:　　)・携帯(誰の？　　)】
③	【自宅・職場(名称:　　)・携帯(誰の？　　)】
④	【自宅・職場(名称:　　)・携帯(誰の？　　)】
⑤	【自宅・職場(名称:　　)・携帯(誰の？　　)】

【医師連絡先】

病院名　　電話番号

主治医名　　診察券番号

◎医師に伝えること

【救急車要請時の搬送医療機関名】

①　　住所

②　　住所

上記の医療機関への搬送が難しい場合は、最寄りの病院でもいいですか？

よい　・　上記病院に限る

◎継続確認

年度初めに継続の確認をさせていただきます。年度途中で医師の指示事項や記載事項に変更があった場合は、お知らせください。新規に書類の提出をお願いします。

令和	年	月	日確認（新規・継続・変更・中止）保護者氏名		印
令和	年	月	日確認（新規・継続・変更・中止）保護者氏名		印
令和	年	月	日確認（新規・継続・変更・中止）保護者氏名		印
令和	年	月	日確認（新規・継続・変更・中止）保護者氏名		印
令和	年	月	日確認（新規・継続・変更・中止）保護者氏名		印
令和	年	月	日確認（新規・継続・変更・中止）保護者氏名		印