

【緊急時の投薬依頼】

緊急時の投薬について、実施して下さるよう下記のとおり依頼します。なお、緊急連絡先と連絡がとれない場合は、保護者記入の【緊急時の投薬依頼】の指示のもと、対応をお願いします。

年 組 児童 氏名

保護者 氏名

印

1. 薬品名および1回分使用量・効能		
薬品名	1回分量(錠数・包数等)	効 能
例) ダイアアップ	10mg (1個)	てんかんの発作止め
2. この薬の使用経験 (○をつけてください) 【 全くない ・ 1回のみ ・ 2回以上～たびたび ・ 頻繁にある 】		
3. この薬を使う時の、症状の目安 (どのような症状で、何分以上続いた時など)		
4. 投薬の仕方や使用上の注意点		
5. その他の注意点等		
6. 緊急連絡先と連絡がつかない場合の対応		
緊急連絡先： ①氏名 (続柄) TEL		
②氏名 (続柄) TEL		
医療機関名：		
主治医名：		
TEL：		