

# 【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) ダイアップ | 10mg (1個)    | てんかんの発作止め |
|          |              |           |
|          |              |           |

2. この薬の使用経験 (O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：