

(様式 2)  
主治医  
保護者 殿

鹿児島大学教育学部附属特別支援学校  
校長 水野 高明

坐薬等の使用について (依頼)

時下、貴殿におかれましては、ますます御健勝のこととお喜び申し上げます。

さて、本校では、けいれん発作の緊急用薬として坐薬等を預かっております。薬は本来は保護者が与えるべきものですが、学校で教職員が与薬する場合は、医師の指示に基づき支障を来さないようにしたいと考えております。そこで、正しく使用するために、下記の必要事項をそれぞれ御記入くださいますよう、よろしくお願いいたします。

(小学・中学・高等) 部 年

主治医記入欄

1 薬品名・量及び使用期限

2 使用の目安

( ) 発作が [ ] 分以上続くとき

( ) 発作が [ ] 回以上続くとき

( ) その他 [ ]

3 使用上の注意事項等

4 考えられる副作用とその際の処置等

5 宿泊を伴う学習活動に参加するに当たっての配慮事項

6 修学旅行・校外学習など移動を伴う際の保管状態

( ) 直射日光・高温など避ければ、常温でかまわない。

( ) 要冷蔵

( ) その他 [ ]

令和 年 月 日

病院名

医師名

印

保護者記入欄

1 今までにこの薬を使用したことがありますか。 [ ない ・ ある ]

「ある」と答えた人のみ

・ その際、副作用がありましたか。

[ ない ・ ある (症状 ) ]

・ 最後に使用したのはいつですか。 [平成・令和 年 月ごろ]

2 緊急時又はやむを得ない理由の際に、保護者の方に代わって教員が使用する場合、保護者の方に連絡してから使用することにしておりますが、連絡がつかない場合はどうしますか。

( ) 薬を使用してもかまわない。

( ) 薬を使用しないでほしい。

[保護者の緊急連絡先 ]

令和 年 月 日

保護者氏名 (自署) [ ]

\* 個人情報保護の観点に基づき、目的以外に使用せず、適切に処理いたします。