

緊急時の坐薬使用依頼書

新潟県立月ヶ岡特別支援学校長 様

部 年 組 児童生徒氏名

保護者氏名 印

学校・寄宿舎生活において緊急時の対応として、坐薬の使用が必要ですので、保護者に代わり下記のように実施して下さるよう依頼します。

記

1 薬の内容と使用量 等

坐薬名	1回分の使用量、本数	薬の作用	使用の方法・使用の回数 等
<例> ダイアアップ	10mg 1本	けいれん発作止め	けいれん発作が5分以上の時に1回使用する
処方を受けた医療機関名		主治医名	電話番号

2 坐薬を必要とする緊急時の状態

(どのような状態の時に使用するかできるだけ具体的にご記入ください。)

3 緊急時の対応の仕方、坐薬使用時の注意事項、坐薬使用後の観察の仕方など

※今までにこの薬を使用したことがありますか→ あり(最後の使用: 年 月) ・ なし

4 坐薬使用時の連絡先

優先順位	名前(続柄)	連絡先・勤務先 等	電話番号
1			
2			

<連絡が取れない場合はどうしますか。○を付けてください。>

・坐薬を使用してかまわない ・坐薬を使用しないでほしい ・その他()