

(様式5-2)

令和 年 月 日

主治医 様

伊那市立〇〇〇学校
学校長 〇〇 〇〇

緊急時薬に関する主治医の指示書の作成について(お願い)

学校生活において、貴院から処方いただいた「緊急時薬」を使用する際に気を付けるべき事項を別紙にご記載
いただきたいと思いますので、ご協力賜りますようお願いいたします。

なお、文書料金については貴院の文書料金の決まりにより保護者にご請求いただきますようお願い申し上げます。

伊那市立〇〇〇学校
学校長 〇〇 〇〇
電話 0265-〇〇-〇〇〇〇

本校の児童生徒が日頃より大変お世話になり、ありがとうございます。
学校における緊急時薬の依頼を保護者から受けるに当たり、先生の所見をいただきたいと思ひます。
ご多用のところ恐縮ですが、下記「緊急時薬に関する主治医の指示書」にご記入いただきますようお願い申し上げます。
なお、今後、毎年年度当初に状況を確認をさせていただきたいと思ひます。内容に変更がない場合は、確認印及び日付等を記入していただき、指示書の内容に変更が生じた際には、都度記入をお願いいたします。

緊急時薬に関する主治医の指示書

令和 年 月 日

児童生徒名 _____

1 診断名 _____

2 現在の病状と薬の状況

--

3 緊急時薬が必要とされる状態・薬を使用するタイミング (例 かゆみや違和感出現時、〇〇〇を1錠内服する。)

--

4 緊急時薬について

名称	使用量	
効果が出るまでの時間	効果が持続する時間	
副作用		
保管方法・有効期限		

5 薬を使用しても状況に変化がなかった場合の対応(救急搬送の判断基準・受診の有無)

--

6 その他注意すること

--

医療機関名・医師名 _____ 印

連絡先 _____

年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
上記に同じ 担当医氏名 印	上記に同じ 担当医氏名 印	上記に同じ 担当医氏名 印	上記に同じ 担当医氏名 印	上記に同じ 担当医氏名 印