記入例
（低血糖発作用）

（様式第１ － ２号）

学校において、児童生徒等が発作等を起こした場合、教職員が医薬品を自ら投与できない本人に代わっての投与を行うことについて、緊急やむを得ない措置として行われるものと示されている状況及び医薬品は、別表の内容に限られます。

医薬品の投与に関する主治医からの指示

令和　　年　　月　　日

茨城県立つくば特別支援学校　　年　　組　　氏名　〇〇　〇〇

1　診断名

2　医薬品の名称　　※薬剤の名称・使用量を正確に記入してください。

薬品名　　グルカゴン点鼻粉末剤　　（バクスミー　®　）　　mg

3　学校において、医薬品を投与することが必要な理由

4　医薬品投与の条件（投与方法を含む）

※どんな状態がどのくらい続いたら使用するのかを具体的に記入してください。

空腹感・気分不快・めまい・冷感・眠気・生あくび・震え・動機　の症状が〇〇分持続。

5　その他の留意点

※医薬品使用後の緊急搬送の目安を具体的に記入してください。

6　緊急時の対応

（医薬品を投与しても症状が改善しない場合の緊急時搬送の目安　等）

※緊急搬送の場合、搬送先の病院を記載してください。

投与後、〇〇分経過しても症状改善しない場合は、〇〇病院へ搬送してください。など

病院・医院名

医　　師　　名

(署名又は記名押印)

連　　絡　　先