

(様式第1 - 1号)

令和 年 月 日

茨城県立つくば特別支援学校学校長 殿

学年学級

氏名

保護者氏名

連絡先

医薬品の投与について（申請）

低血糖発作時に（ ・ mg）を投与して下さいますよう、主治医からの指示書を添付して申請します。

なお、必要に応じて学校が主治医と連絡をとることについて同意いたします。

また、発作時に学校が保護者と連絡がとれなかった場合には、学校の判断で（ ・ mg）を投与することに同意いたします。

【医薬品に係る留意点】

- ・ 学校で投与、保管する医薬品は、投与時点及び保管期間が医薬品の使用期限内であるのものに限ります。
- ・ 医薬品を学校で保管する場合、保管中に破損、紛失が生じないように十分留意しますが、学校では、万が一破損、紛失等が生じた場合の責任を負うことができないことについて御承知おきください。なお、長期休業期間は、医薬品を返却いたします。
- ・ 医薬品を学校で保管する場合等は、他の児童生徒等の医薬品との取り間違い防止のため、予め医薬品の容器の医薬品名称や規格を確認できるような位置に児童生徒等の記名をお願いします。