

(様式第 1 - 2 号)

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 ○○ ○○

1 診断名

2 医薬品の名称

(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）

5 その他の留意点

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)

病院・医院名

医 師 名

(署名又は記名押印)

連 絡 先