

記入例 1

(新規申請用)

(様式A)

〇〇年 〇月〇〇 日

茨城県立つくば特別支援学校長 殿

部・学年 〇学部〇年
児童生徒氏名 つくば たろう
保護者氏名 つくば 峰雄 (自署)

てんかん発作時の医薬品の使用について (申請)

てんかん発作時に医薬品を使用してくださるよう、下記のとおり申請します。

なお、主治医 (〇〇病院 〇〇 〇〇 医師) と相談の上、申請したことを申し添えます。

また、医薬品の使用にかかわる内容について、必要に応じて学校が主治医と連絡をとることに同意いたします。

おって、必ず学校と連絡が取れるようにするとともに、万が一、発作時 (医薬品を使用する時) に連絡が取れなかった場合には、医薬品を指示書に基づき使用することに同意いたします。

記

- 使用する医薬品の種類 ※薬剤の名称・使用量を正確に記入してください。
(薬品名 **ダイアップ、ブコラム®・ 6 mg**) を1回につき (**1**) 個 使用
- 医薬品使用の条件 (使用方法を含む)
※どんな状態がどのくらい続いたら使用するかを具体的に記入してください。
 - ・ 顔色が青白くなり、全身がつっぱり、黒目は上になっている状態が3分以上続く時。
 - ・ 右手、右足がぶるぶる震える状態が5分以上続く時。
 - ・ 全身が脱力し、よだれが多く出る状態が、1時間に3回以上見られた時。
 - ・ 38℃以上の発熱時 (発熱がてんかん発作を誘発するため)
 - ・ 両手両足を曲げたり伸ばしたりを繰り返す状態が3分以上続く時。 など
- 緊急時の対応及びその他の留意点
※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。
※ブコラム®使用後は救急搬送になりますので、搬送先をご記入ください。
 - ・ 上記の坐薬挿入後20分経過しても様子が改善しない時には、〇〇病院まで搬送してください。
 - ・ 坐薬を挿入した場合は意識を失うこともあるので〇〇病院まで搬送してください。 など
 - ・ ブコラム使用後は、〇〇病院まで搬送してください。

- ☐ 保護者の申請する内容で実施してよい。
- ☐ 保護者の申請する内容で実施してよいが、下記の点で補足する。

□

□
年 月 日

茨城県立つくば特別支援学校長 殿

病院・医師名
医 師 名
(署名又は記名押印)