

(様式A)

年 月 日

茨城県立つくば特別支援学校長 殿

部・学年
児童生徒氏名
保護者氏名 (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いよう、下記のとおり申請します。

なお、主治医 (病院 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ついて同意いたします。

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

1 使用する医薬品の種類
(薬品名 ・ mg) を1回につき () 個 使用

2 医薬品使用の条件 (使用方法を含む)

3 緊急時の対応及びその他の留意点

-
- 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・医院名
医 師 名
(署名又は記名押印)