（あて先）○○○○学校

別紙１

**学校における緊急時の医薬品「坐剤(ダイアップ®)」挿入に関する主治医の指示書**

令和　　年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 医療機関名 |  |
| 連絡先 |  |
| 医師名 |  |

下記児童生徒は、下記４の状態になった場合、生命の危険または重篤な状態に陥る可能性があるため、以下の医薬品を投与し、下記のとおり対応してください。

|  |  |
| --- | --- |
| １．児童生徒の氏名・（性別） | （ 男・女 ） |
| ２．生年月日 | 平成・令和  西暦　　　　　　　　年　　　月　　　日 |
| ３．医薬品の名称  　　及び１回分の量 | 医薬品名称：坐剤(ダイアップ®)  １回分の量： |
| ４．医薬品を投与する必要がある生命が危険な状態等の具体的様子 |  |
| ５．医薬品を投与する時期 | □けいれん発作が起きて　　分以上続いた場合 |
| ６．投与の方法 |  |
| ７．投与後等の対応 | ■保護者緊急連絡先への連絡  ■救急車による医療機関への搬送  ■医薬品の投与が困難な場合は、救急車による医療機関への搬送を行う。 |
| ８．医薬品の投与により  　　副作用がある場合の  　　処置の方法 | 予測される副作用：  眠気、注意力・集中力・反射運動能力の低下、（　　　　　　）  処置の方法： |
| ９．その他留意事項 |  |