令和　　年　　月　　日

別紙２

　○○立〇〇〇学校長　様

（保護者名）

（住　　所）

（電話番号）

**学校における緊急時の医薬品の挿入及び投与のお願い**

学校における緊急時の医薬品投与について、別紙１「主治医の指示書」及び以下のとおり対応を依頼します。

|  |  |
| --- | --- |
| １．児童生徒の氏名・（性別） | 　　　年　　組　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（ 男・女 ） |
| ２．生年月日 | 平成・令和　　　年　　　月　　　日 |
| ３．医薬品の名称、　　１回分の量及び効能 | 医薬品名称：１回分の量：効　　　能： |
| ４．投与後の対応 | ・医薬品の挿入及び投与後は下記５に連絡し、救急車による　医療機関への搬送を手配してください。・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　を行ってください。・その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| ５．緊急連絡先 | 氏名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　（続柄：　　）電話番号：　　　　　（自宅・携帯・職場・その他　 |
| 氏名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　（続柄：　　）電話番号：　　　　　（自宅・携帯・職場・その他　 |

※保護者に連絡がつかなかった場合の対応

　　学校に一任：　はい　・　いいえ（　　　　　　　　　　　　　　　　）

（注意）

①事故防止のため、医薬品は、１回分を個別の袋に入れて御提出ください。

②「主治医の指示書」に記載されていない内容は、学校では対応できませんので記入の際はご注意ください。

③医薬品を使用した場合、実施した内容等を伝えるため、使用済みの容器は、当該医療従事者又は救急搬送を行う

　救急隊に受け渡します。