

様式1－1（主治医記入）

|         |                        |                        |                        |                        |                        |                        |                        |
|---------|------------------------|------------------------|------------------------|------------------------|------------------------|------------------------|------------------------|
| 栃木県立盲学校 | 幼 才                    | 幼 才                    | 小 1                    | 小 2                    | 小 3                    | 小 4                    | 小 5                    |
|         | 令和 年                   | 令和 年                   | 令和 年                   | 令和 年                   | 令和 年                   | 令和 年                   | 令和 年                   |
|         | 印 <small>(主治医)</small> | 印 <small>(主治医)</small> | 印 <small>(主治医)</small> | 印 <small>(主治医)</small> | 印 <small>(主治医)</small> | 印 <small>(主治医)</small> | 印 <small>(主治医)</small> |
|         | 小 6                    | 中 1                    | 中 2                    | 中 3                    | 高 1                    | 高 2                    | 高 3                    |
| 氏 名     | 令和 年                   | 令和 年                   | 令和 年                   | 令和 年                   | 令和 年                   | 令和 年                   | 令和 年                   |
|         | 印 <small>(主治医)</small> | 印 <small>(主治医)</small> | 印 <small>(主治医)</small> | 印 <small>(主治医)</small> | 印 <small>(主治医)</small> | 印 <small>(主治医)</small> | 印 <small>(主治医)</small> |
| 生年月日    | 令和 年                   | 令和 年                   | 令和 年                   | 令和 年                   | 令和 年                   | 令和 年                   | 令和 年                   |
|         | 年 月 日生                 | 印 <small>(主治医)</small> | 印 <small>(主治医)</small> | 印 <small>(主治医)</small> | 印 <small>(主治医)</small> | 印 <small>(主治医)</small> | 印 <small>(主治医)</small> |

緊急時医療用医薬品に関する指示書

栃木県立盲学校長 様

上記幼児児童生徒の学校内における薬品の使用について、指示内容は次のとおりです。

|                                 |  |
|---------------------------------|--|
| 使用薬品名<br>と1回量                   |  |
| 使用すべき<br>状態や目安                  |  |
| 注意事項<br>観察事項                    |  |
| 医療機関に搬送し<br>なければならない<br>時の状態・目安 |  |
| その他                             |  |

令和 年 月 日

医療機関名

医 師 名 印