

様式1-2(保護者記入)

緊急時医療用医薬品預かり書(依頼書)

栃木県立盲学校長 様

幼児児童生徒氏名		性 別	男・女	
学年・組		幼・小・中・高(普・保専)	生年月日	年 月 日
診断名				
主な症状 (薬が必要な状態)				
緊急時の対応についての 注意事項				
坐薬を使用しなくてもよい 発作の状態・目安				
医薬品 について	預ける医薬品名			
	使用に当たって の注意事項			
	保管についての 注意事項			
緊急搬 送病 院 希望	医療機関名			
	電話番号			
	主治医名	科 先生(直通電話) 科 先生(直通電話)		
緊急時連絡先(優先順 に記入してください)	優先連絡順	氏 名	続 柄	連絡先(電話番号)
	①			
	②			
	③			

学校における日常の取組及び緊急時の対応に活用するため、本表に記載された内容を教職員で共有することに同意しますか。

令和 年 月 日

1 同意する

2 同意しない

保護者氏名

確認 : 令和 年 月 日 / 確認 : 令和 年 月 日