

栃木県立のぞわ特別支援学校 氏 名 (年 月 日生)	学 部		
	年	年	年

緊急時における医薬品の使用に関する指示書

栃木県立のぞわ特別支援学校長 様

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

薬品名・一回量	
医薬品を 使用するときの 状態・時間・熱等の 目安 *できるだけ 具体的に お願いします	
使用にあたっての 注意事項 観察事項	
医療機関に 搬送しなければ ならないときの 状態・目安	
その他	

令和 年 月 日

医療機関名

主治医氏名

緊急時における医薬品の使用に関する依頼書

栃木県立のぞわ特別支援学校長 様

学校において、下記の状況になった際、医薬品の使用をお願いします。

令和 年 月 日

児童生徒名 _____

保護者氏名 _____ (印)

預ける医薬品名： _____

医薬品の種類： 粉薬 ・ 錠剤 ・ 水薬 その他 (_____)

使用する量： _____

指示書の内容の他に、医薬品を使用するときの注意事項や状態等

・ 使用の目安（使用するタイミング：状態・時間・熱等）

・ 使用方法（そのまま・水に溶く・その他）

・ 使用にあたっての注意事項

・ 医薬品使用後の対応

・ 緊急搬送病院及び診察券番号

緊急搬送病院名： _____ 主治医： _____ Dr. 診察券番号： _____

＊緊急連絡先＊

第 1		T E L
第 2		T E L
第 3		T E L