

緊急薬の使用依頼書（向精神薬）

令和 年 月 日

北海道北見支援学校長 様

部 年 組 児童生徒名

保護者名 印

（署名の場合は、捺印不要）

医師（主治医あるいはかかりつけ医）の指示により、下記の薬を使用する必要があります。
つきましては、学校でも保管していただくことをお願いします。

薬 名	
使用に際しての 主治医からの指示	次の点に沿って、記入してください ・ 使用時の症状 ①どのような症状が _____ ②どれくらい続いたら _____ ③薬の使用状況 (週 ・ 月 ・ 年 回) ④最近の使用状況 _____ 年 月 日 ⑤どのような時に症状が出やすいか _____ ⑥使用する前に保護者連絡はありますか いいえ ・ はい ⑦気になる副作用がありますか いいえ ・ はい はいの場合 詳細を記入ください _____ ・ 使用後の対応 ①注意することはありますか _____ ②使用後は休養が必要ですか いいえ ・ はい (分・時間 程度)
医療機関名・医師名 電話番号	
保護者緊急連絡先	
その他備考	

※ 薬品名及び使用時に気をつけることについて、不明な点は医師にたずねて正確に記入してください。

※ 一緒に提出していただく書類

① 医師が記載する診療情報提供書または医師の指示書（文書料がかかることがあります。）

② 調剤薬局で発行される薬の説明書