

## 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

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<br>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