

※保護者記入欄

児童生徒名		保護者名	
緊急時 連絡先	TEL:① ② 続柄・勤務先など:	かかりつけ医	医療機関: 主治医名: TEL:

薬についての指示書
(てんかん発作)

学校での服薬について、次の項目の記入をお願いします。

1. 使用する薬品名・用量

本校では看護師不在のためブコラム・スピジアについては使用について検討が必要となります。

	薬品名	用量
例	ダイアアップ 10mg	1錠

2. 使用する条件

使用条件が複数ある場合はその条件ごとに記入をお願いします。

	どんな発作が	どのくらい続いたら
①	☐ 全身けいれん ☐ 部分けいれん ☐ 強直発作 ☐ 欠神発作 ☐ ミオクロニー発作 ☐ 脱力発作 ☐ ()℃以上の発熱があるとき ☐ その他()	☐ 発作が起きたらすぐに ☐ ()分以上続く ☐ ()時間以内に()回以上 ☐ その他()
②	☐ 全身けいれん ☐ 部分けいれん ☐ 強直発作 ☐ 欠神発作 ☐ ミオクロニー発作 ☐ 脱力発作 ☐ ()℃以上の発熱があるとき ☐ その他()	☐ 発作が起きたらすぐに ☐ ()分以上続く ☐ ()時間以内に()回以上 ☐ その他()
③	☐ 全身けいれん ☐ 部分けいれん ☐ 強直発作 ☐ 欠神発作 ☐ ミオクロニー発作 ☐ 脱力発作 ☐ ()℃以上の発熱があるとき ☐ その他()	☐ 発作が起きたらすぐに ☐ ()分以上続く ☐ ()時間以内に()回以上 ☐ その他()
④	☐ 全身けいれん ☐ 部分けいれん ☐ 強直発作 ☐ 欠神発作 ☐ ミオクロニー発作 ☐ 脱力発作 ☐ ()℃以上の発熱があるとき ☐ その他()	☐ 発作が起きたらすぐに ☐ ()分以上続く ☐ ()時間以内に()回以上 ☐ その他()

3. 使用後の対応

- ☐ 使用後すぐに救急搬送
- ☐ 使用後（ ）分以上続く場合は救急搬送
- ☐ 使用後に（ ）の症状が見られる場合は救急搬送
- ☐ その他（ ）

4. 注意事項

令和 年 月 日

医療機関

醫師名

今年度も指示書の内容について 主治医に確認し、変更はありません。	年月日	保護者サイン
	令和 年 月 日	
	令和 年 月 日	
	令和 年 月 日	