

※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
(アレルギー・喘息)

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

エピペンについては、学校管理指導表を指示書としますので記載は必要ありません。
ネブライザーの使用について、1回ごとと使い切りの薬剤でない場合は本校では使用できません。

	薬品名	用量
例	セチリジン 5mg	1包
①		
②		
③		
④		

2. 使用する条件

1. で記入した薬剤ごとに使用する条件を記入ください。

	どんな症状が	どのくらい続いたら
①	☐ かゆみがあるとき ☐ じんましんがあるとき ☐ 目の充血や腫れがある ☐ 鼻水が止まらない ☐ 咳が止まらないとき ☐ その他()	☐ 症状が出たらすぐに使用 ☐ 症状が()分以上おさまらないとき ☐ その他()
②	☐ かゆみがあるとき ☐ じんましんがあるとき ☐ 目の充血や腫れがある ☐ 鼻水が止まらない ☐ 咳が止まらないとき ☐ その他()	☐ 症状が出たらすぐに使用 ☐ 症状が()分以上おさまらないとき ☐ その他()
③	☐ かゆみがあるとき ☐ じんましんがあるとき ☐ 目の充血や腫れがある ☐ 鼻水が止まらない ☐ 咳が止まらないとき ☐ その他()	☐ 症状が出たらすぐに使用 ☐ 症状が()分以上おさまらないとき ☐ その他()
④	☐ かゆみがあるとき ☐ じんましんがあるとき ☐ 目の充血や腫れがある ☐ 鼻水が止まらない ☐ 咳が止まらないとき ☐ その他()	☐ 症状が出たらすぐに使用 ☐ 症状が()分以上おさまらないとき ☐ その他()

3. 使用後の対応

- ☐ 使用後すぐに救急搬送・病院受診
- ☐ 使用後も症状が治まらない場合は救急搬送・病院受診
- ☐ 使用後に（ ）の症状が見られる場合は救急搬送・病院受診
- ☐ 使用後も酸素飽和度が（ ）%以上まで回復しない場合は救急搬送・病院受診
- ☐ その他（ ）

4. 注意事項

[illegible]

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	