**主治医用**〔書式２－２〕

**緊急時の指示書**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 学年 | １ | ２ | ３ | ４ | ５ | ６ |
| クラス |  |  |  |  |  |  |

**船橋特別支援学校長**　様　　　　　　　　 　氏名

病　名

１　緊急を要すると考えられる症状や状態（例：けいれんが５分以上継続した場合）

２　対応方法（例：坐薬を挿入する）

３　使用する薬について（薬の名前・使用量・効果が出るまでの時間等）

４　症状が改善されない場合の処置について

５　その他

　　　年　　　月　　　日　　　医療機関名

担当医氏名

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 医師確認印**（サイン）** | 年度 | 年度 | 年度 | 年度 | 年度 | 年度 |
|  |  |  |  |  |  |

主治医用〔書式２－２〕

緊急時の指示書

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 学年 | J1 | J2 | J3 | H1 | H2 | H3 |
| クラス |  |  |  |  |  |  |

船橋特別支援学校　　　　　　　　 　生徒氏名

病　名

１　緊急を要すると考えられる症状や状態（例：けいれんが５分以上継続した場合）

２　対応方法（例：坐薬を挿入する）

３　使用する薬について（薬の名前・使用量・効果が出るまでの時間等）

４　症状が改善されない場合の処置について

５　その他

　　　年　　　月　　　日　　　医療機関名

担当医氏名

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 医師確認印（サイン） | 年度 | 年度 | 年度 | 年度 | 年度 | 年度 |
|  |  |  |  |  |  |