

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	年度	年度	年度	年度	年度	年度
確認印 (サイン)						

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