

坐薬預かり申請書

愛知教育大学附属特別支援学校長 様

令和 年 月 日

小・中・高 年 氏名

保護者氏名 ④

上記児童生徒がてんかん(痙攣)の重積発作を起こし、又は起こす可能性があるときに、医師又は保護者が直ちに対応できず、重篤な状態が生じた場合あるいは生じる可能性がある場合は、主治医の指示に基づいて、適切に対応していただきますよう下記のとおり申請します。

なお、今までに坐薬の挿入をしたことがあり、その安全性は確認しております。

下記の事項に変更が生じた場合には、ただちに連絡・再申請します。

記

1 申請する緊急時の対応内容

()

2 坐薬使用について

今までにこの坐薬を使用したことはありますか。どちらかに○をつけてください。

(あり ・ なし)

➡ ありの場合、保護者が家庭等で使用した最終年月日を記入。

最終使用日 (平成・令和 年 月 日)

3 主治医について

(1) 医療機関名 ・ 診療科名 _____

(2) 主 治 医 氏 名 _____

(3) 病 院 (医 院) 所 在 地 _____

(4) 病 院 (医 院) 電 話 番 号 _____

4 保護者の緊急連絡先

氏 名	連 絡 先	電 話 番 号
①		() -
②		() -
③		() -