

緊急時における抗てんかん薬預かり申請書

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

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お願い申し上げます。

なお、今までに緊急に抗てんかん薬（坐薬又はブコラム®に限る。以下「抗てんかん薬」と記す。）を使用したことがあり、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 緊急時における抗てんかん薬の使用について

今までにこの抗てんかん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、保護者が家庭などで使用した最終年月日を記入。

最終使用日（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		() —