＜様式②＞

応急薬預かり及び与薬依頼書

年　　月　　日

岩手県立盛岡ひがし支援学校長　様

小・中・高　　年　氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

保護者氏名又は施設名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

緊急連絡先　①　　－　　－　　（　　）

②　　－　　－　　（　　）

医師の診察を受けたところ次のとおり指示がありましたので、必要性が認められた場合は保護者に代わって与薬をお願いします。

★**応急薬**：アナフィラキシーショック、喘息発作、鎮痛薬、向精神薬等、応急処置としてやむを得ず使用する薬
アレルギー性疾患で、応急処置としてやむを得ず使用する目薬、塗り薬

薬　品　名	
保管場所	常温　・　冷蔵庫　・　その他（　　）
与薬が必要なときの状況（医師から指示を受けたことのみ記入）	
与薬前の連絡	要　・　事後承認で可
医療機関 医師名 電話番号	医療機関名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 医　師　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 電話番号＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

※　薬の説明書（コピー可）を添付してください。

※　薬の内容・量・服薬時間等が変更になった場合は、その都度お知らせください。