＜様式③＞

薬預かり及び挿入・投与依頼書

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　　－　　－　　（　　）

◇下記「注意事項」を確認し、

（　　）薬の預かりのみをお願いします
（　　）緊急用に薬の預かり及び挿入、投与をお願いします

※ 坐薬挿入、ブコラム®口腔用液、バクスミー®点鼻粉末剤投与の際は、保護者に連絡し確認を取ってから行います

薬　品　名	薬品名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　＿＿＿mg　＿＿＿個
留　意　点	※挿入・投与を希望する場合、医師からの指示事項を記入してください
挿入・投与後の症　状　等	
緊急搬送先	

【注意事項】

◎下記の条件が満たされている場合、職員による坐薬挿入、ブコラム®口腔用液、バクスミー®点鼻粉末剤の投与を行うことができます。

1　事前に主治医より次の点に関して書面（別紙様式）で指示を受けていること
・学校においてやむを得ず坐薬、ブコラム®、バクスミー®を使用する必要性が認められる児童生徒であること
・坐薬、ブコラム®、バクスミー®使用の際の留意事項

2　保護者が具体的に依頼（医師から受けた坐薬、ブコラム®、バクスミー®使用の際の留意事項に関する書面を渡して説明しておくこと等を含む）していること

3　**坐薬、ブコラム®、バクスミー®を使用した後は、必ず医療機関を受診させること**