

# ブコラムの投薬補助に関する指示書

三重県立特別支援学校北勢きらら学園校長 宛

先に、保護者から依頼がありました児童生徒の服薬に関する報告をします。

児童生徒名 \_\_\_\_\_

薬品名	ブコラム口腔用液
用量 (○で囲む)	2.5mg      ・      5mg      ・      7.5mg      ・      10mg
投与方法 (○で囲む)	片側の頬粘膜に投与      ・      両側の頬に半量ずつ投与
使用の目安と対応 (時間など具体的に)	(例：全身性のけいれんが○分以上続く場合に使用。等)
使用の注意点	
併用薬処方の有無	有 (薬品名： _____ )      ・      無 <u>併用するうえでの注意点</u> (例：ダイアップを使用した後には本薬品の使用は不可。等)

その他所見

---



---

令和      年      月      日

医療機関

主治医

印

◎本校においては、ブコラム投与後は救急搬送を手配します。

※変更がない場合には、次年度から該当学年のところに確認日の記入と印をお願いします。

※変更がある場合には新規書類にご記入ください。

学校ホームページよりダウンロードすることも可能です。

学年					
年月日					
印	印	印	印	印	印