

度会特別支援学校長 様

### てんかん発作時の口腔用液（フコラム®）の投与に関する与薬依頼書

学校教育活動中の発作等の緊急対応として、主治医の指示により、薬の投与が必要ですので、薬剤情報提供書を添えて依頼します。学校における日常の取組及び緊急時の対応に活用するため、本表に記載された内容を教職員で共有することに同意します。

なお、預ける薬には有効期限を明示し、その期間内に差し替えます。また、主治医の指示により薬の種類や投与量に変更があった場合には、速やかに薬剤情報提供書を添えて、その都度依頼します。

令和 年 月 日

訂正： 令和 年 月 日

保護者名

児童生徒名・学年	(小 ・ 中 ・ 高) 年		
保護者連絡先 ①	名前	電話番号	
②	名前	電話番号	
薬の名前		用量	2.5mg / 5mg / 7.5mg / 10mg
種類（使用目的）			
必要とする時の児童生徒の様子			
方法・注意事項			
薬物アレルギー	有 無	医薬品名（ ）	
薬の有効期限	年 月 日	薬剤情報提供書 （ ある ・ 病院でもらっていない ）	
病院名		電話番号	
主治医名		直通電話番号	
薬局名		電話番号	
※使用時には家庭に連絡します。 家庭に連絡がとれない場合の使用について		可 ・ 不可 その他の対処方法（ ）	

※訂正時は、赤で二重線を引き赤字でお願いします。

てんかんによる発作を起こし、生命が危険な状態等である場合に、現場に居合わせた教職員がブコラム®を投与する場合は、以下の条件を満たすこと。

- 1 当該児童生徒及び保護者が事前に医師から、学校においてやむを得ずブコラム®を使用する必要があると認めており、かつ使用の際の留意事項に関して書面で指示を受けていること。
- 2 当該児童生徒及び保護者が、学校に対して、やむを得ない場合には当該児童等にブコラム®を使用することについて、具体的に依頼（医師から受けたブコラム®の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 当該児童生徒を担当する教職員等が、当該児童等がやむを得ずブコラム®を使用することが認められる児童等本人であることを改めて確認すること。
- 4 ブコラム®の使用の際の留意事項に関する書面の記載事項を遵守すること。
- 5 教職員等は、ブコラム®を使用した後、当該児童生徒を必ず救急搬送すること。

上記指示の内容に同意します。	保護者名	(自署)
----------------	------	------

(保護者様)

- 本様式の記載事項の内容を変更する場合は、必ず担任まで連絡願います。