

学校記入欄	年度	年度	年度	年度	年度	年度	年度
-------	----	----	----	----	----	----	----

主治医の所見

滋賀県立長浜養護学校

児童生徒名	生年月日	年 月 日
主な疾患名		
合併症等		

今までの経過と現在の状況(今回の診察や検査結果など)

服薬状況(薬品名、量等ご記入ください)		服薬時間帯 : 食前 ・ 食間 ・ 食後 (該当する時間に○をお願いします)	
<朝>	<昼>	<夕>	<就寝前>

<緊急時の対応> (発作重積時の座薬、吸入薬、安定剤など、処方されていたらお願いします)

●薬品名、使用量等

●どんなときに使用するか

●使用後の対応について(病院搬送の必要性など)

★学校での健康管理・指導事項

●学校生活全般について

●スクールバス内での緊急時対応について（乗車される方のみポイントチェックをお願いします）

・スクールバス内では薬剤の使用はできません。

・てんかん発作（けいれん、硬直、脱力、反応がない）、激しい嘔吐、大けが、その他の重症と思われる症状が発生し、5分経過しても改善がみられない場合（状況によっては5分経過するまでに判断する）は救急搬送を行います。

上記校内マニュアルに準ずる

★学校行事の参加について

不可の場合は、その旨ご記入ください。また、留意事項のある場合もその旨をご記入ください。

※体育・運動会 （ 可 ・ 否 ） 留意事項：

※水泳（プール入水）（ 可 ・ 否 ） 留意事項：

※スキー・雪遊び （ 可 ・ 否 ） 留意事項：

※校外学習 （ 可 ・ 否 ） 留意事項：

※宿泊学習 （ 可 ・ 否 ） 留意事項：

※緊急時のAEDの使用について （ 可 ・ 否 ） 留意事項：

※その他 留意点がございましたら ご指導ください。

* 処置や対応に悩む場合、直接、連絡させていただくことがあるかもしれませんがよろしくお願いします。

記入年月日 年 月 日

医療機関名 _____

主治医名 _____

* 保護者の方へ

主治医に上記を確認し、変更のない場合は、下に確認日を記入してサインをし、提出してください。

年 月 日	印	年 月 日	印	年 月 日	印
年 月 日	印	年 月 日	印	年 月 日	印
年 月 日	印	年 月 日	印	年 月 日	印
年 月 日	印	年 月 日	印	年 月 日	印