

てんかん発作時投薬指示書

児童生徒氏名 _____ は、学校等でてんかん発作やけいれん発作を起こす場合がある。
以下の通り、てんかん発作やけいれん発作時に、自ら投薬できない本人に代わり、教職員等による投薬がやむを得ず必要であることを本児童生徒等及びその保護者に対して指示している。

1 病名：

2 投薬が必要な状況とその処置

5分以上全身けいれんが止まらない時、下記投薬を行う。

_____ の時、下記投薬を行う。

ダイアアップ エスクレ坐薬 _____ mg _____ 個 肛門から挿入

ブコラム口腔用液 _____ mg _____ 本 口腔内に投与

その他

1時間に _____ 回以上発作を繰り返す時、下記投薬を行う。

発作：

ダイアアップ エスクレ坐薬 _____ mg _____ 個 肛門から挿入

その他

_____ °C以上の発熱時、下記投薬を行う。

ダイアアップ坐薬 _____ mg _____ 個 肛門から挿入

坐薬挿入後、_____ 分以内に排泄された場合は、_____ 個を再挿入する

3 留意事項

投薬後は、呼吸抑制や脈の減弱、ふらつき、興奮、傾眠が出現する可能性があるため、呼吸数や脈拍数、その他本人の状態の観察を行いながら、保護者に連絡をする。

上記対応後、(すぐに _____ 分以上発作が止まらない場合) 救急車を要請

医療機関名： _____

診断日：令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

住所： _____

診療科： _____

電話番号： _____

医師名： _____

令和 _____ 年度	<input type="checkbox"/> 上記内容に変更はありません。 <input type="checkbox"/> 上記内容を一部変更しました。	令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 医師名 _____
令和 _____ 年度	<input type="checkbox"/> 上記内容に変更はありません。 <input type="checkbox"/> 上記内容を一部変更しました。	令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 医師名 _____
令和 _____ 年度	<input type="checkbox"/> 上記内容に変更はありません。 <input type="checkbox"/> 上記内容を一部変更しました。	令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 医師名 _____

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、本書類に記載された内容を学校の全教職員及び関係機関等で共有することに同意します。

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

保護者氏名 _____