

〈様式⑤の1〉（てんかん発作時の緊急措置）

令和 年 月 日

当該児童生徒  
保護者様

医療機関名  
電話番号（ ） —  
医師

## てんかん発作時の緊急措置に関する留意事項

次の児童生徒が、てんかんによるひきつけを起こし、生命が危険な状態等である場合に、やむを得ない措置としての坐薬の挿入に限り、坐薬を使用する際の条件を満たす場合には、下記のとおり留意事項に関する記載事項を遵守して行ってください。

児童生徒氏名	生年月日	・ ・ 生
病名		

<てんかん発作時の留意事項 等>

指示期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 3月 31日
発作時の坐薬名	薬剤名：
薬剤の量	( ) mg
使用方法 (坐薬使用の目安)	
坐薬使用にあたっての 留意事項 できるだけ詳しく 記入してください	
坐薬使用後の対応	緊急時に坐薬を使用した後は、当該児童生徒を必ず医療機関での受診をさせること。
衛生上の留意点	手袋を装着した上で坐薬を挿入すること。
保護者緊急連絡先	

看護師以外の養護教諭、養護助教諭、及び坐薬の挿入に関する専門家による研修を受けたことがある教員が上記措置を実施する場合は、以下の条件を満たすこと。

- ① 当該児童生徒及びその保護者が冒頭に記載する緊急措置としての坐薬挿入を学校に対して依頼し、本様式の写しを渡して坐薬挿入の際の留意事項を説明済みであること。
- ② 挿入前に当該児童生徒がやむを得ず坐薬を使用することが認められる児童生徒本人であることを改めて確認すること。
- ③ 本様式「てんかん発作時の緊急措置に関する留意事項」の記載事項を遵守すること。
- ④ 当該児童生徒の保護者又は教員は、坐薬を使用した後、児童生徒を必ず医療機関での受診をさせること。

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

(保護者様)

- ・年度内に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。
- ・薬の説明書のコピーを添付願います。

〈様式⑤の2〉（てんかん発作時の緊急措置）

令和 年 月 日

岐阜県立中濃特別支援学校長 様

部 年 組

生年月日 . . 生

児童生徒名

保護者名 (自署)

## てんかん発作時の緊急措置に関する依頼書

医師（主治医あるいはかかりつけ医）の指示により、上記の者が学校においててんかんによるひきつけを起こし、生命が危険な状態等である場合に、やむを得ず座薬を使用する必要性が認められる児童生徒であることと、緊急やむを得ない措置として座薬を使用する際の留意事項についての指示を受けましたので、別添写しのとおり依頼します。

### 記

#### 1 学校におけるてんかん発作時の座薬挿入の内容

別添の主治医又は指導医による「てんかん発作時の緊急措置に関する留意事項」写し

#### 2 その他の特記事項

てんかん発作時の緊急措置の手続きに係わる経費及びてんかん発作時の緊急措置に要する物品の調達に係わる経費は保護者が負担します。

学校現場等で児童生徒がてんかんによるひきつけを起こし、生命が危険な状態等であり、看護師以外の養護教諭、養護助教諭、及び座薬の挿入に関する専門家による研修を受けたことがある教員が座薬挿入を実施する場合は、以下の条件を満たすこと。

- ① 当該児童生徒及びその保護者が冒頭に記載する緊急措置としての座薬挿入を学校に対して依頼し、本依頼書にある別添写しを渡して座薬挿入の際の留意事項を説明済みであること。
- ② 挿入前に当該児童生徒がやむを得ず座薬を使用することが認められる児童生徒本人であることを改めて確認すること。
- ③ 本依頼書にある別添写し「てんかん発作時の緊急措置に関する留意事項」の記載事項を遵守すること。
- ④ 当該児童生徒の保護者又は教員は、座薬を使用した後、児童生徒を必ず医療機関での受診をさせること。