

学校における医薬品使用の介助申請書

令和 年 月 日

鳥取県立白兔養護学校長 宛

保護者住所 _____

保護者氏名 _____ ㊞

下記のとおり主治医から学校における医薬品使用介助の実施について指示がありました。については、学校における医薬品使用の介助の申請をします。

- ①主治医の指導・助言を受けて記入してください。
(指導・助言がすでにわかっている場合は、あらためての受診は必要ありません。)
②年度ごとに申請してください。ただし途中で薬の種類や量が変わった場合は、改めて申請が必要です。(修学旅行・校内外宿泊研修にも使用します。)

記

児童生徒氏名 (生年月日)	_____ (年 月 日)	男・女	学部 学年 組	小・中・高等部 (年 組)
医療機関及び 主治医	医療機関名 (科) 医院 (病院) (主治医) TEL — —			
介助申請にかかわる 傷病名 (症状)	(<input type="checkbox"/> に印をつけてください) <input type="checkbox"/> てんかん <input type="checkbox"/> 行動調整 (自閉症・多動症など) <input type="checkbox"/> 感冒・かぜ・咽頭炎・扁桃炎 <input type="checkbox"/> 溶連菌感染症 <input type="checkbox"/> 気管支炎 (喘息を含む) <input type="checkbox"/> 結膜炎・ドライアイなど <input type="checkbox"/> 胃腸炎 <input type="checkbox"/> 皮膚炎 (アトピー性・乾皮症など) <input type="checkbox"/> 中耳炎・鼻炎 (アレルギーを含む) <input type="checkbox"/> その他 [] <input type="checkbox"/>			
介助の内容	<input type="checkbox"/> 内服 <input type="checkbox"/> 坐薬挿入 <input type="checkbox"/> 点眼 <input type="checkbox"/> 軟膏塗布 <input type="checkbox"/> その他 ()			
介助の期間	<input type="checkbox"/> 治癒するまで(急性の病気) (医師の許可があるまで) <input type="checkbox"/> 長期にわたる(慢性の病気) <input type="checkbox"/> 修学旅行・校内外宿泊学習時			
医薬品使用 介助の方法	<input type="checkbox"/> 全介助 (教員が飲むための準備をしたり、子どもの口に直接薬を入れて飲ませたりする。皮膚に塗布するなど。声かけ、確認、医薬品の保管も含む。) <input type="checkbox"/> 声かけ (教員が子どもに服薬など行うよう声をかける。) <input type="checkbox"/> 見守り・確認 (子どもが自分で服薬などを正しく行っているか見守り、確認する。) <input type="checkbox"/> 医薬品の保管 (教員が薬を預かる。)			

[ウラ面もお願いします]

保護者記入用紙

注意事項	主治医から これまで受けた注意事項	<p>(1) 薬と一緒に飲んではいけないもの (例) オレンジジュースと一緒に飲まない など</p> <p>(2) 服薬を忘れた場合、こぼした場合、嘔吐した場合の対応</p> <p>(3) その他 (副作用の観察など)</p>
	具体的な 介助方法	<p>(例) 水を数滴たらし、よく混ぜてからスプーンで飲ませる。 など</p>
「坐薬」の使用を希望される場合		<p>①坐薬を使用する状態(*主治医の指示を正確に記入してください。) 〔例〕発作が起きて5分経っても治まらない場合は坐薬を挿入する。 など</p> <p>②坐薬挿入後の気をつけることやどうなったら受診した方がよいか主治医にご相談の上 ご記入ください。 〔例〕坐薬を入れて5分治まらなければ、救急車で〇〇へ搬送する。 など</p>
処方内容		<p>*薬剤情報等を添付する。(病院や薬局から出された薬の内容が書かれた文書など) ・薬剤情報に介助が必要な薬に○印をしてください。</p>

