

令和 年度 学校における医薬品使用介助申請書

令和 年 月 日

鳥取県立鳥取聾学校長 様

住 所

保護者

氏 名



当該幼児児童に、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。ついては、学校における医薬品の使用介助を実施してくださるようお願いいたします。

記

幼児児童氏名 (生年月日)	(平成・令和 年 月 日)	学部 学年	幼稚部・小学部 ____年・才
医療機関及び 主治医	医療機関名 主治医名	TEL	
*病名 (症状)			
*実 施 期 間	令和 年 月 日 から <input type="checkbox"/> 治癒するまでの短期間 <input type="checkbox"/> 長期間 (令和 年度 学期修了日)まで <input type="checkbox"/> 修学旅行・宿泊学習時等		
*処 方 内 容	病院や薬局から出された薬の内容が書かれた文書のコピー等の薬剤情報を添付		
*医薬品使用 介助の方法	<input type="checkbox"/> 直接介助 (教員が薬を飲むための準備をする。皮膚に塗布するなど。) <input type="checkbox"/> 声 かけ (教員は子どもに服薬するよう声をかける。) <input type="checkbox"/> 見 守 り (教員は子どもが服薬などを正しく行っているか見守る。) <input type="checkbox"/> 確 認 (教員は子どもが服薬などを行ったか確認する。) <input type="checkbox"/> 医薬品の管理 (教員が薬を預かる) <input type="checkbox"/> 医薬品の冷蔵庫の利用 (保健室)		
	◎ 主治医からの注意事項		
	◎ 具体的な介助の方法		
*注意事項 ()内に○をつけて ください。 複数回答可、その 場合①②等、優先 順位を御記載く ださい。	◎ 服薬を忘れた場合 (保護者に連絡・気が付いた時点で飲む・次の服薬時間に 飲む・その他 >) ◎ 薬をこぼした場合 (保護者に連絡・飲まない・その他 >) ◎ おう吐した場合 (保護者に連絡・主治医に連絡・その他 >) ◎ その他 ()		

※ 約束事項などについて裏面をご確認ください。

※ *の項目は、主治医の助言・指導を受けて書いてください。

《 約束事項 》

- (1) 医薬品使用介助申請書は年度ごとに申請が必要です。また、病名（症状）や投薬内容に変更が生じた場合には、その都度申請してください。
- (2) 薬は、**1回分ごとに準備し、1包ずつに名前、日付、時間等を記入**してください。
※服薬したことを確認するため、薬の包は持ち帰ります。
- (3) 長期間の実施を申請する場合、宿泊学習、修学旅行等の前には必要に応じて受診し、主治医の助言・指導を仰いでください。