

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

[成人の場合は本人でも可]

氏 名 ㊟

当該幼児児童生徒に、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下さるようお願いします。

記

幼児児童生徒氏名 (生年月日)	(平成・令和 年 月 日)	学部 学年	幼・小・中・高等部 ____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	□ 治癒するまでの短期間 令和 年 月 日 から □ 長期間 (令和 年度 学期修了日)まで □ 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	□ 直接介助 (教員が薬を飲むための準備をする。子どもの口に直接薬を入れたりして飲ませる。皮膚に塗布するなど。) □ 声 か け (教員は子どもに服薬するよう声をかける。) □ 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。) □ 確 認 (教員は子どもが服薬などを行ったか確認する。) □ 医薬品の管理(教員が薬を預かる) □ 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。
- (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。