

保護者の皆様

聴覚支援学校会津校分校長

学校における服薬について（常時・臨時）

学校における毎日の服薬につきまして、安全かつ確実な薬の投与を行うために下記の服薬依頼書の提出をお願いします。

なお、薬は当日1回分ずつ持参することを原則とします。その際、薬の袋に日付と名前を記入してください。また、市販薬や学校で判断を要する薬（体調が悪いとき、咳が出るときに飲ませる等）は預かりません。軟膏・点眼薬・点鼻薬については医師の処方により学校において使用が必要な場合にお預かりします。服薬内容が変更した場合には、再度服薬依頼書を提出してください。

き り と り

聴覚支援学校会津校分校長 様

令和 年 月 日

幼稚部・小学部 氏名

保護者氏名（自署）

服薬依頼書

Table with 2 columns: Item (e.g., 病名, 薬が必要な理由, 病院名, 学校で薬を使用する期間, 薬を使用する時間, 薬の名前・一回分の量, 飲み方・使用方法, 注意点, 保管方法) and Description/Options.

記入見本

聴覚支援学校会津校分校長 様

令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日

○ 幼稚部・小学部 氏名 ○ ○ △ △

保護者氏名（自署） ○ ○ × ×

通年の場合は「常時」、  
一時的な期間のみ使用  
の場合は「臨時」に○  
をつける。

服薬依頼書

病名	
薬が必要な理由	<input type="checkbox"/> 慢性疾患により学校での服薬が必要 <input type="checkbox"/> 急性疾患により一時的に学校での服薬が必要 <input type="checkbox"/> 軟膏・点眼・点鼻薬等について、医師の処方により の使用が必要
病院名	病院・医院・クリニック
学校で薬を使用する期間	○ 常時 ・ 臨時 令和 年 4月8日 ~ 令和 年 3月10日
薬を使用する時間	昼食前 ・ ○ 昼食後 ・ (その他 )
薬の名前・一回分の量	リボトリール ( 1 包・錠・ml・滴 ) (使用する部位: ) ワセリン ( 包・錠・ml・滴 ) (使用する部位: 手・足) ( 包・錠・ml・滴 ) (使用する部位: )
飲み方・使用方法	<input checked="" type="checkbox"/> 薬を渡すと自分で袋をあけて飲む <input type="checkbox"/> 袋から薬を出して薬を渡すと飲む <input type="checkbox"/> 薬を口の中に入れて飲む <input type="checkbox"/> 軟膏・点眼・点鼻薬は薬を渡すと (自分でできる・介助が必要) <input type="checkbox"/> その他 ( )
注意点	<input type="checkbox"/> 水で溶いて飲ませる <input type="checkbox"/> スプーンで口に入れる <input type="checkbox"/> その他 ( )
保管方法	<input type="checkbox"/> 常温 <input type="checkbox"/> 冷蔵庫 <input type="checkbox"/> その他 ( )

通年の場合は  
1年間、臨時の  
場合は学校で  
使用する期間  
を記入する。

薬の名前を記入

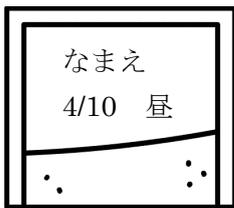
あてはまるものにチェ  
ックをつける。(自己管  
理は高等部生徒のみ)

軟膏・点眼等  
で、場所の指定  
がある場合に  
記入する。

注意点がある場合は  
チェックをつける。

あてはまるものにチェック  
をつける。

☆ 薬を提出する際には、下記の見本を参考に必ず薬の袋に日付と名前を記入してください。

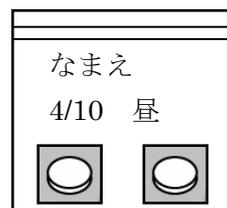


袋の場合



水薬の場合

水薬は、1回量をボトル  
(スポイト)に入れる。



粒やカプセルの場合

錠剤は、袋に入れて記入する。