

愛知県立春日井高等特別支援学校長殿

保護者氏名 _____
 生徒氏名 _____

寄宿舎服薬管理・補助依頼書（常用薬・短期使用薬）

下記のとおり、医師の指示により、学校生活において医療用医薬品の使用が必要ですので、服薬等が適切に行われるよう、教職員による補助・管理をお願いします。なお、薬の内容や方法に変更があった場合は、遅滞なく連絡します。

記

1 服薬等を必要とする期間

令和 年 月

*通年の場合も、年度ごとに提出してください

- 日～
- ※通年：令和 年 月 日まで
 - 令和 年 月 日まで
 - 医師の指示があるまで
 - その他（ ）

2 薬品の管理方法・保管場所

- 寄宿舎（常温可・要冷蔵） 自己管理（舎室）

3 服薬等にあって配慮する事項、具体的な補助の方法があれば御記入ください。

（一部支援は、具体的な方法：基本的に自分で服薬するが、用量・服薬忘れなどを見守る・・・その他具体的に）

4 医師の指示により、現在使用しているものを全て記入してください。

- 学校・寄宿舎に携行しない薬についても日常的に使用している薬は、全て記入してください。
- 副作用や使用上の注意等を把握するために、裏面に薬の説明書・お薬手帳のコピーを添付してください。理由：緊急時や病院受診時に、現在使用している薬を、正確に伝える必要があるため。

記入例

番号	服薬を必要とする疾患名	薬品名	形状 用量	服薬時間 *例) ○食前・後、 ○○前・後、時間指定	学校へ 携行	携行しないが、 使用中の薬	服薬 補助要
1	喘息	オノン 〇mg	粉・1袋	朝、夕（食後）		○	○
2	アレルギー性結膜炎	目薬（商品名）	両・1滴	起床後、昼、就寝前	○	○	
1							
2							
3							
4							
5							
6							

- ※ 服薬に際し、教職員の補助が必要な場合は、「服薬補助要」の欄に○印を記入してください。
- ※ 学校・寄宿舎に持参する薬は、医師が本人へ処方した薬に限ります。
- ※ 頓服薬については、別途対応しますので、担任を通じて学校へ御相談ください。

※不足する場合は、こちらに記入してください。

番号	服薬を必要とする疾患名	薬品名	形状 用量	服薬時間 *例) ○食前・後、 ○○前・後、時間指定	学校へ 携行	携行しないが、 使用中の薬	服薬 補助要
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							

※ 服薬に際し、教職員の補助が必要な場合は、「服薬補助要」の欄に○印を記入してください。

※ 学校・寄宿舍に持参する薬は、医師が本人へ処方した薬に限ります。

※ 頓服薬^{とんぷく}については、別途対応しますので、担任を通じて学校へ御相談ください。

薬の説明書・お薬手帳のコピー添付欄

***回覧：寄宿舍→保健室→担任**