

服薬等補助依頼書（ 短期使用薬 ・ 常用薬 ）

学校生活において（ 短期使用薬・常用薬 ）の服薬等が必要ですので、下記のとおり補助をお願いします。

記

1 疾患名： _____

2 服薬等の開始～終了期間 【※常用薬については、年度ごとに提出してください。】

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

3 補助を依頼する時間

給食の後 給食の前 _____ 時間目の後
 その他の時間帯（具体的な時間： _____）

4 薬の管理方法・保管場所

自己管理 担任等預かり 保健室（冷蔵庫）

5 補助を行う薬について（服用方法・配慮事項など）

※ゼリー・スプーン・塗り薬は綿棒など（衛生上、複数の生徒への対応を同時に行うため、基本的に素手で行いません）、服薬等に付随して必要なものがある場合は持参してください。また、具体的な飲ませ方や、万一服薬が失敗した場合の対処など、特別な配慮がある場合は、具体的に記入をお願いします。

薬の名称	①	②	③
種類・量	() 粉末 包 () 錠剤 錠 () 目薬 滴 () その他	() 粉末 包 () 錠剤 錠 () 目薬 滴 () その他	() 粉末 包 () 錠剤 錠 () 目薬 滴 () その他
服薬等の方法	() 飲む … () 一部支援 () さす () 自分で・ () ぬる 見守り () その他 _____ <具体的な支援方法>	() 飲む … () 一部支援 () さす () 自分で・ () ぬる 見守り () その他 _____ <具体的な支援方法>	() 飲む … () 一部支援 () さす () 自分で・ () ぬる 見守り () その他 _____ <具体的な支援方法>

6 薬を処方されている医療機関名：

令和 年 月 日 部 年 氏名

 保護者氏名