服 薬 依 頼 書（頓 服・座 薬 用）

令和　　年　　月　　日

熊本県立菊池支援学校長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　部　　年　氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　保護者名

服薬についての約束事項（誤薬防止のため、必ず守ってください）

1. 薬は、医師が処方し調剤したものに限ります。（市販薬はお受けできません）
2. 薬には、名前を書き、１回分の量が分かるようにして提出してください。
3. 必ずこの「服薬依頼書（頓服用）」をつけて薬を預けてください。

医師の指示により、下記の薬を使用する必要があります。つきましては、学校において下記のとおり使用の介助をお願いします。

　なお、このことによって生じた事故等についての責任は一切問いません。

記

|  |
| --- |
| 診断名（または症状） |
| 処方した病院名　　　　　　　　　　　　　電話番号（　　　　　　　　　　　　） |
| 学校で薬を飲む（使用する）期間　　令和　　年　　月　　日　　から　　令和　　年　　月　　日　まで |
| 薬の種類 | 内服薬　・　外用薬　・　座薬　・　その他（　　　　　） |
| 薬の使用が必要な症状※できるだけ詳しく御記入ください。 | (例)自傷・他傷が起こった時、大きな声を出す状態が１０分以上続いた時、てんかん発作が５分以上続いた時、など。 |
| 薬の使用に関しての注意事項 | (例)２包目を服用する場合は、１包目の服用から５時間以上あける、等 |
| 薬の名前 | １回に飲む（使用する）量 |
|  | (　　)個・包・ml・その他（　　　　　　）※冷蔵（要・不要） |
|  | (　　)個・包・ml・その他（　　　　　　）※冷蔵（要・不要） |
| 薬の飲ませ方使用方法※詳しく御記入ください |  |
| その他、注意事項・副作用など学校に知らせておきたいこと等 |
| 緊急時の連絡先・電話番号　　　　　　　　　　　　　　（続柄　　　） |

※薬の説明書を添付してください。内容が異なる場合には服薬できません。

※服用の為のゼリーやスプーン等が必要となる場合は、御持参ください。

担任確認　　　　　　　養護教諭確認