

部・学年・組 部 年 組

児童生徒氏名

保護者氏名

医薬品の服薬等補助依頼書（臨時薬）【在校中用：連絡帳保管】

日常的に使用している常用薬とは別に、医師から一定期間必要な薬を処方されました。医師に下記「1 留意事項」の3条件について確認しましたので、薬の使用が適切に行われるよう、補助をお願いします。

記

1 留意事項

- (1) 児童生徒は入院・入所して治療する必要がなく、容態が安定していること。
- (2) 副作用の危険性や投薬量の調整等のため、医師または看護職員による連続的な容態の経過観察が必要ではないこと。
- (3) 内服薬については、誤嚥の可能性など専門的な配慮が必要ではないこと。

2 処方の内容・依頼

【記入例】

月 日	使用・服用時刻	薬品名	使用・服用量	使用・服用方法 ※禁止事項等	保護者名	担任確認	養護教諭確認
(例1) 〇月〇日～ 〇月〇日	食前・食後 時 分頃 ()	ナウゼリン（吐き気止め） 内服薬・目薬・貼り薬 塗り薬	1袋	服薬用ゼリーに混ぜる。お茶で飲んではいけません。	名古屋	✓	✓
(例2) 〇月〇日～ 〇月〇日	食前・食後 時 分頃 (給食後)	リンデロンVG軟膏 内服薬・目薬・貼り薬 塗り薬	1cm程度	背中の赤い部分に薄く塗る。強くこすらない。	名古屋	✓	✓

- * 学校職員が服薬補助できる医薬品は、医師が処方したものです。
- * 医薬品には服用する児童生徒の名前を明記し、薬剤情報提供書があればそれと合わせて担任へ提出してください。
- * この用紙には、服薬が必要な期間をまとめて記入できますが、内服薬の場合は誤薬を防ぐため毎日1回分ずつ必要量を持たせてください。

(記入は裏面へ↓)

月 日	使用・服用時刻	薬品名	使用・ 服用量	使用・服用方法 ※禁止事項等	保護 者名	担任 確認	養護教 諭確認
月 日～ 月 日	食前・食後 時 分頃 ()	内服薬・目薬・貼り薬 塗り薬					
月 日～ 月 日	食前・食後 時 分頃 ()	内服薬・目薬・貼り薬 塗り薬					
月 日～ 月 日	食前・食後 時 分頃 ()	内服薬・目薬・貼り薬 塗り薬					
月 日～ 月 日	食前・食後 時 分頃 ()	内服薬・目薬・貼り薬 塗り薬					
月 日～ 月 日	食前・食後 時 分頃 ()	内服薬・目薬・貼り薬 塗り薬					
月 日～ 月 日	食前・食後 時 分頃 ()	内服薬・目薬・貼り薬 塗り薬					
月 日～ 月 日	食前・食後 時 分頃 ()	内服薬・目薬・貼り薬 塗り薬					
月 日～ 月 日	食前・食後 時 分頃 ()	内服薬・目薬・貼り薬 塗り薬					
月 日～ 月 日	食前・食後 時 分頃 ()	内服薬・目薬・貼り薬 塗り薬					
月 日～ 月 日	食前・食後 時 分頃 ()	内服薬・目薬・貼り薬 塗り薬					

※本校のホームページにも PDF ファイルを添付しています。欄が不足した場合は御活用ください。