

令和 4 年度 服薬介助実施依頼書 (頓服用)

沖縄県立沖縄高等特別支援学校
学 校 長 殿

県立沖縄高等特別支援学校 年 組 室 生徒氏名 _____

薬の内容については、寄宿舎の担当 () へ提出しますので医師の指示通り、学校での服薬預かりをお願いします。

内容を理解したことをご確認頂き口にチェック(レ点)をお願い致します。

- 学校の職員が生徒の症状をみて薬の使用を判断することはできません。
- 解熱剤は医師の処方であっても預かることができません(発熱時は自宅休養が必要なこと、使用のタイミング等の判断が難しく、判断を誤れば感染症の悪化のリスクもあるため)。
- 服薬依頼書の記入もれや薬の説明書が提出されていない場合は、服薬介助はできません。(安全に服薬介助をすることができないため)
- 誤薬や飲み忘れ、過剰摂取等が生じた場合、保護者へ連絡いたしますので、学校と一緒に対応して頂きますようお願いいたします。(夜間も含みます)

緊急連絡先	続柄	氏名(ふりがな)	電話番号
診断名・病名	(例) 偏頭痛		
どんな状態の時に服用	(例) 本人が頭痛を訴え、薬を飲みたいと申し出たとき		
薬品名 回量・ 日〇回まで	(例) カロナール錠 500mg、 回 錠、 日2回まで		
薬の使用期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日		
服用時の注意事項 (副作用や飲ませ方等)	(例) 服用間隔は4時間以上。空腹時の服用は避ける。		

※医療機関(調剤薬局)からの「薬の説明書」(原則病院の処方薬に限る)を添付して下さい。

令和 年 月 日

寄宿舎へ提出

保護者署名 _____

校長	教頭	養護教諭

沖縄県立沖縄高等特別支援学校
学 校 長 殿

県立沖縄高等特別支援学校 1年1組12室 生徒氏名 沖縄 太郎

薬の内容については、寄宿舎の担当 (山川、山田) へ提出しますので医師の指示通り、学校での服薬預かりをお願いします。

内容を理解したことをご確認頂き口にチェック(し点)をお願い致します。

学校の職員が生徒の症状をみて薬の使用を判断することはできません。

解熱剤は医師の指示や処方箋等に基づき、服用のタイミング等の判断がなされることを確認し、安全に服薬をお願いします。

服薬依頼書の記載内容を正確に読み取り、誤薬や飲み忘れ、過剰摂取等が生じた場合、保護者に連絡した上で、対応して頂きますようお願いいたします。(夜間も含みます)

内容を理解したことをご確認頂き
口にチェック(し点)をお願い致します。

続柄	氏名(ふりがな)	電話番号
父	おきなわ たいち 沖縄 太一	000-0000-0000
母	おきなわ はな 沖縄 花	000-0000-0001

緊急連絡先	続柄	氏名(ふりがな)	電話番号
	父	おきなわ たいち 沖縄 太一	000-0000-0000
	母	おきなわ はな 沖縄 花	000-0000-0001

診断名・病名	偏頭痛
どんな状態の時に服用	本人が頭痛を訴え、薬を飲みたいと申し出たとき
薬品名 1回量・1日〇回まで	カロナール錠 500mg、1回1錠、1日2回まで
薬の使用期間	令和 4 年 9 月 1 日 ~ 令和 4 年 9 月 30 日
服用時の注意事項 (副作用や飲ませ方等)	<ul style="list-style-type: none"> 服用間隔は4時間以上。 空腹時の服用は避ける。

※医療機関(調剤薬局)からの「薬の説明書」(原則病院の処方薬に限る)を添付して下さい。

令和 4 年 9 月 1 日

寄宿舎へ提出

保護者署名 沖縄 太一

保護者または保証人の署名がない場合は、
服薬介助することができません。
記入もれがないようご協力よろしくお願い致します。