

保護者記入用紙（様式Ⅰ-②）

## 令和 6 年度 服薬介助実施依頼書（頓服用）

県立沖縄高等特別支援学校

学 校 長 殿

年 組 室 生徒氏名

\*下記事項を確認いただき、□に✓を記入してください

- 生徒本人の申し出に従い、服薬を行います。（職員が症状の判断をすることはできません）
- 解熱を目的とした薬は医師の処方であっても原則預かることができません
- 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。
- 誤薬や過剰摂取等が生じた場合、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 1回量・1日〇回まで	(例) 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 年 月 日 ~ 令和 年 月 日		
副作用・注意事項など	(例) 服用間隔は4時間以上。空腹時の服用は避ける。		

※医療機関または調剤薬局からの「薬の説明書（コピー）」を添付してください

上記のとおり、家庭での服薬指導を行った上で、学校での服薬介助を依頼します。

令和 年 月 日

保護者署名 \_\_\_\_\_

寄宿舍へ提出

校長	教頭	養護教諭

保護者記入用紙（様式1-②）

令和 6 年度 服薬介助実施依頼書（頓服用）

県立沖縄高等特別支援学校

学 校 長 殿

| 年 | 組 | | 室 生徒氏名 沖高特 太郎

<p>*下記事項を確認し</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block; margin: 5px;"> <p style="text-align: center;"><b>内容を確認し</b></p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/>にチェック（レ点）をお願い致します。</p> </div> <p><input checked="" type="checkbox"/> 生徒本人の申し</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 解熱剤は医師の</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 服薬依頼書の記</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 誤薬や過剰摂取等が生じた場合、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）</p>			
緊急連絡先	続柄	氏名(ふりがな)	電話番号
	父	沖高特 太一	090-111-1111
	母	沖高特 花子	090-222-2222
診断名・症状		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   回量・  日〇回まで		カロナール錠 500mg、  回   錠、  日2回まで	
		内容に変更がなくても、年度毎に提出をお願いします	
薬の使用期間		令和 6年 4月 7日 ~ 令和 7年 3月 31日	
副作用・注意事項など		服用間隔は4時間以上。空腹時の服用は避ける。	

※医療機関または調剤薬局からの「薬の説明書（コピー）」を添付してください

上記のとおり、家庭での服薬指導を行った上で、学校での服薬介助を依頼します。

令和 6年 4月 6日

保護者署名

沖高特 花子

**寄宿舎へ提出**

校長	教頭	養護教諭

◎記入漏れ・薬の説明書（コピー）がないなどの不備があった場合、学校での服薬ができません。（保護者対応となります）

◎薬の種類や量の変更があった場合は、再提出をお願いします