

保護者様

## 薬に関する依頼書について

沼津特別支援学校長

児童生徒が学校管理下で服用する薬がある場合は、保護者様からの依頼書が必要になります。本校では、以下の4種類の依頼書を用意していますので、必要に応じて、依頼書の提出をお願いします。

学校での服薬は、医師から処方された薬に限ります。市販薬は対応できませんので、御了承ください。

薬の種類	使用する場合	提出書式
日常的に服用する薬	抗てんかん薬や精神安定剤など、昼食後などに毎日服用する薬がある場合に使用します。	様式1
一定期間に服用する薬	かぜや花粉症などで、一定期間服用する薬や塗り薬がある場合に使用します。	様式2
急な発熱・発作などの緊急時に使用する薬	ダイアップなどの座薬がある場合等、主治医の指示書を基に保護者に記入します。	様式3-1
「急な発熱・発作などの緊急時に使用する薬」に関する指示書	ダイアップなどの座薬が必要な場合に主治医に記入してもらいます。	様式3-2
災害時に服用する薬	災害等により、学校での避難生活を余儀なくされた場合に備えて、3日分の薬を保健室に保管しています。毎日服用している薬がある場合に使用します。	様式4

### <「薬」の準備・提出について>

- 1 薬は一包み（一錠）ごとに記名し、防水等の為にチャック付ビニール袋などに入れてください。
- 2 服薬依頼書の記入をしてください。  
服薬依頼書は、一式配布されたものをコピーしていただくか、本校ホームページからダウンロードできます。また、連絡帳等で担任に申し出ていただければお渡しします。
- 3 「日常的」「一定期間」「緊急時」の薬は1回分、「災害時」の薬は3日分を提出してください。

#### 4 提出方法

(1) 「薬」、「服用依頼書」を一つの袋に入れ、担任に提出する。

薬剤情報提供書、薬の説明書等がありましたら、裏面に添付し提出してください。

(2) 「災害時の薬」提出例（下記参照 ※別紙1を使用してください。）

学部 年 組 氏名			
1 日目 氏名 服薬時間 ( )	2 日目 氏名 服薬時間 ( )	3 日目 氏名 服薬時間 ( )	様式4 「依頼書」

担 当 保 健 室

電話番号 055-966-0980

FAX 番号 055-967-5704