

令和 6年 8月

保護者 様

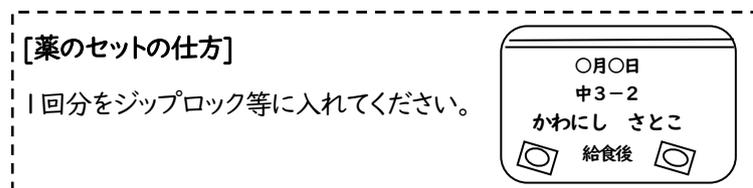
県立川西カリヨンの丘特別支援学校長

一時的な与薬の依頼について

本校では、薬の使用が避けられない場合、必ず医師の指示の下に対応しています。一時的に医師から処方されている薬の与薬が必要になった場合(1週間程度で服薬が終わる場合)、別紙「一時的な与薬の依頼書」に医師の指示をご記入いただき、学校へ提出してください。「一時的な与薬の依頼書」は、保護者の方がご記入いただいて構いません。また、医師の指示書および薬局・病院より薬の説明書がある場合は、コピーを添付してください。ご提出いただいた「一時的な与薬の依頼書」に基づき、学校生活時間帯に保護者に代わって与薬を行います。なお、保護者の判断で与薬されているお薬(市販薬)については、学校では取り扱っておりませんのでご了承ください。

【提出方法 等】

- ① 「一時的な与薬の依頼書」に記入のうえ、薬に添えて必ずご提出ください。
- ② 薬は1回分にまとめ、当日分を毎日持たせてください。何日か続けて服用する場合でも、1日分ずつ預かります。



- ③ 与薬に際しまして、依頼書に書かれている内容を保護者または必要に応じて主治医に確認する場合があります。
- ④ 児童生徒自身で服用・使用できる場合にも、確認のためご提出ください。
- ⑤ 体調が悪いときは無理をさせず、ご家庭でしっかり休養をとらせ、回復してから登校させてください。

※「一時的な与薬の依頼書」の用紙は、本校ホームページ「各種様式」から印刷していただくか担任までご連絡ください。

県立川西カリヨンの丘特別支援学校長 様

一時的な与薬の依頼書
(主治医の指示をご記入ください)

主治医の指示により、一時的に与薬の必要がありますので下記の方法で対応をお願いします。

(小学・中学・高等)部・分教室 年 組 児童生徒名	
病名・状態	
薬の名前	
一回の服用量・使用量	
薬の飲み方、使用方法	
与薬を行う時間帯	・給食前 ・給食後 ・決まった時間 _____ 時 ・その他(_____)
与薬を行う者	・本人 ・担任 ・その他(_____)
実施期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日
注意事項	
処方された病院名、 医師名、連絡先	病院名
	医師名
	電話番号

令和 年 月 日

保護者名 _____

※薬は1回分にまとめ、当日分を毎日持たせてください。市販薬の与薬はできませんのでご確認ください。

保健室保管