かぜ薬、点眼薬、塗り薬など体調により医師に処方される薬

年　　月　　日

岡山県立岡山盲学校長　様

臨時薬与薬依頼書

下記の児童・生徒の与薬（内服薬・点眼薬等）について医師の指示に従い、下記のとおり対応を依頼します。

保護者署名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

記

1　小・中・普　　年　氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

2　病名・症状について　※配慮事項も合わせてご記入ください。

【記入例】花粉症のため、目の充血と鼻水が出る。※目の擦り過ぎに気を付ける。

3　服用方法について（**裏面にお薬情報を添付してください。コピー可**）

●服用期間　　月　　日　～　　月　　日

※点眼薬など服用期間が定まっておらず、
薬を学校保管にされる場合は学期末に持ち帰っていただきます。

●服用方法（①～④のあてはまるものに〇をしてください）

①症状により、服薬の必要性を本人が判断し、教員が服薬の補助をする。（　　）
②症状により、服薬の必要性を教員が判断し、本人が服薬する。（　　）
③症状により、服薬の必要性を教員が判断し、教員が服薬の補助をする。（　　）
④食前・食間・食後など時間指定のある薬で、教員の補助を必要とする。（　　）

●服薬の必要性を教員が判断する（②・③）場合の対応について〇をしてください。
与薬する前に保護者連絡が必要ですか。（　はい　・　いいえ　）
連絡が取れなかった場合…
・症状が出ていたら与薬して構わない。
・（　　）してほしい。

4　薬品を処方した医療機関名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

※薬の提出方法
①内服薬（粉薬・シロップ・錠剤・カプセル等）について、<u>1回分毎</u>にビニール袋等に入れ、氏名、服薬時間、薬品名を記入して提出。
②外用薬（塗り薬・点眼・点鼻・貼り薬）については、薬用器等に氏名を記入して提出。

確認欄　印またはサイン

担任	保健室

お薬情報を添付してください。