

令和 年 月 日

新潟県立川西高等特別支援学校長 様

日常的な薬の与薬依頼書

年 組 番 生徒氏名：

保護者氏名：

病院処方薬の投与について、以下の通り実施するよう依頼します。
処方薬の内容については、添付した薬剤説明書の通りです。

医療機関名	(通院日： 月 日)		
医療機関の連絡先			
診断名			
使用予定期間	令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日		
薬の名前	薬の説明	与薬時間帯・1回量	保管方法
			室温・冷蔵庫 その他 ()
			室温・冷蔵庫 その他 ()
			室温・冷蔵庫 その他 ()
			室温・冷蔵庫 その他 ()
配慮事項	※ 使用方法などについて、配慮すべき事を詳しく。		

薬局発行の「薬剤説明書 (コピー可)」を添付

令和 年 月 日

新潟県立川西高等特別支援学校長 様

一時的な薬（内服薬・外用薬）の与薬依頼書

年 組 番 生徒氏名：

保護者氏名：

病院処方薬の投与について、以下の通り実施するよう依頼します。
処方薬の内容については、添付した薬剤説明書の通りです。

医療機関名	(通院日： 月 日)		
医療機関の連絡先			
診断名			
使用予定期間	令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日		
薬の名前	薬の説明	与薬時間帯・1回量	保管方法
			室温・冷蔵庫 その他 ()
			室温・冷蔵庫 その他 ()
			室温・冷蔵庫 その他 ()
			室温・冷蔵庫 その他 ()
配慮事項	※ 内服する時の介助の仕方、軟膏の塗布部位や塗り方、点眼の介助の仕方 など、配慮すべき事を具体的に記入してください。		

薬局発行の「薬剤説明書（コピー可）」を添付

No.3 医師から処方されている薬で、学校で症状が現れた時に使用する必要がある場合

No.4 校外学習等でバスや電車の利用時、酔い止めを使用する場合 (市販薬可)

令和 年 月 日

新潟県立川西高等特別支援学校長 様

与薬（内服薬・外用薬）依頼書

年 組 番 生徒氏名：

保護者氏名：

病院処方薬の投与について、以下の通り実施するよう依頼します。
処方薬の内容については、添付した薬剤説明書の通りです。

医療機関名	(通院日： 月 日)		
医療機関の連絡先			
診断名			
使用予定期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日		
薬の名前	薬の説明	与薬時間・回数・1回量	保管方法
例) カロナール 200mg	偏頭痛の鎮痛剤	頭痛時、昼食後 等 1回1錠	室温・冷蔵庫 その他 ()
			室温・冷蔵庫 その他 ()
			室温・冷蔵庫 その他 ()
			室温・冷蔵庫 その他 ()
			室温・冷蔵庫 その他 ()
配慮事項	※ 内服する時の介助の仕方、軟膏の塗布部位や塗り方、点眼の介助の仕方 など、配慮すべき事を具体的に記入してください。		

薬局発行の「薬剤説明書（コピー可）」を添付

- No.3 医師から処方されている薬で、学校で症状が現れた時に使用する必要がある場合
- No.4 校外学習等でバスや電車の利用時、酔い止めを使用する場合 (市販薬可)

学校記入

与薬（内服薬・外用薬） 確認表

◎服薬時について

- ①薬の有無や表紙の「与薬依頼書」と内容が合っているか、教職員でダブルチェックをし、服薬する。
- ②服薬後は、記入欄にサインをするとともに、薬の空（ゴミ）を保護者の方に返却する。

月日	与薬した時間	症状	生徒の服薬介助をした人	服薬したことを確認した人	返却（薬の空、余り等）	その他
4 / 10	12 : 30	左目充血	●●（サイン）	〇〇（サイン）	✓	点眼薬
4 / 10	12 : 30	右腕かゆみ	●●（サイン）	〇〇（サイン）	✓	軟膏
4 / 10	12 : 30		●●（サイン）	〇〇（サイン）	✓	酔い止め
/						
/						
/						
/						
/						
/						
/						
/						
/						
/						
/						
/						
/						
/						
/						
/						
/						

★与薬期間終了後は、保健室に提出する。

No.5 学校で症状が現れた時に使用が必要で、通学カバン等に保管し、自己管理が可能な場合（市販薬可）

※学級担任に申し出た上で、使用する。

令和 年 月 日

新潟県立川西高等特別支援学校長 様

薬（内服薬・外用薬）の自己管理申告書

年 組 番 生徒氏名：

保護者氏名：

病院処方薬の投与について、以下の通り、自己管理にて実施いたします。

処方薬の内容については、添付した薬剤説明書の通りです。

医療機関名	(通院日： 月 日)		
医療機関の連絡先			
診断名			
使用予定期間	令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日		
薬の名前	薬の説明	時間・回数・1回量	保管場所
例) カロナール 200mg	偏頭痛の鎮痛剤	頭痛時、昼食後 等 1回1錠	通学カバンの中 (外ポケット)
配慮事項	※ <u>どのような症状になったら使用するのか、本人の内服の仕方等、内服後の配慮事項等、具体的に記入してください。</u>		

処方薬は、薬剤説明書（コピー可）を添えて提出してください。

担任に申し出た上で、使用します。

※学級担任に申し出た上で、使用する。

自己管理薬（内服薬・外用薬）確認表

服薬後は、記入欄にサインをするとともに、薬の空（ゴミ）を保護者の方に返却する。

[illegible]

令和 年 月 日

主治医 様

県立川西高等特別支援学校長

てんかん薬 緊急与薬指示書

学校における緊急時の対応として、保護者に代わり、薬剤を使用いたします。つきましては、下記事項について、指示をお願いいたします。

年 組 生徒氏名：

保護者氏名：

薬の名前	
1回の使用量	m g (_____ 本使用)
薬の作用	
薬の保存方法	常温保存 ・ 冷蔵保存 ・ その他 (_____)
使用に際しての 指示・留意点	発作開始後、(すぐに・ _____ 分以上続いたときに) 使用する。
	※ 発作が起きたときの様子を具体的にご記入ください。
	発熱 (_____ . _____ ℃以上) で坐薬を使用する。
	※ 坐薬使用時の注意事項や坐薬使用後の対応等をご記入ください。
医療機関名	
主治医名	
医療機関の電話番号	

令和 年 月 日

県立川西高等特別支援学校長 様

年 組 生徒氏名

保護者氏名：

てんかん薬 緊急与薬依頼書

下記のような理由から、学校における緊急時の対応として、別紙「てんかん薬 緊急与薬指示書」の通り、薬剤の使用をお願いいたします。

診断名・症状	
定期通院の状況	_____回 / 週 ・ 月 ・ 年
いちばん最近の発作はいつですか？	年 月 日 時頃
発作の頻度はどうですか？	_____回 / 週 ・ 月 ・ 年
重積発作が起きたことがありますか？	ある ・ ない
いちばん最近の重積発作はいつですか？	年 月 日 時頃
発作が起きて坐薬等を使用したことがありますか？	ある ・ ない
最後に坐薬等を使用したのはいつですか？	年 月 日 時頃
坐薬等の使用後に副作用はありましたか？	ある（症状：_____） ・ ない

※ 医師記入の「てんかん薬 緊急与薬指示書」と一緒に、薬剤説明書（コピー可）を添付して、提出してください。

【 学校における緊急時（内服薬・坐薬等）の使用および対応について 】

対象…緊急時の内服薬や坐薬の処方がある生徒

1. 保護者の申請を受け、医師の指示に従って学校で薬剤を使用します。
2. 緊急時の薬剤を使用後は、保護者と相談し、医療機関を受診します。
3. 内服薬の使用や坐薬の挿入が困難な場合は、医療機関へ搬送します。

県立川西高等特別支援学校長 様

非常時（災害等）の与薬依頼書

年 組 番 生徒氏名：

保護者氏名：

非常時に帰宅困難な場合、与薬が必要な為、保護者に代わり以下のように実施願います。

主治医	医療機関名			
	医 師 名			
	電 話 番 号			
薬の名前	薬の説明	与薬時間・回数・1回量	保管方法	
例) カロナール 200mg	偏頭痛の鎮痛剤	頭痛時、昼食後 等 1回1錠	室温・冷蔵庫 その他 ()	
			室温・冷蔵庫 その他 ()	
			室温・冷蔵庫 その他 ()	
			室温・冷蔵庫 その他 ()	
			室温・冷蔵庫 その他 ()	
			室温・冷蔵庫 その他 ()	
配慮事項	※ 使用方法や保管方法などについて、配慮すべき事を詳しく。			

※ 薬剤説明書（コピー可）を添えて提出してください。

※ 薬に変更があった場合は、再提出をお願いいたします。