愛知県立名古屋盲学校長　殿

服薬等補助依頼書（　校内　）

学校生活において（　短期使用薬・常用薬　）の服薬等が必要ですので、下記のとおり補助をお願いします。

記

1　疾患名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

2　服薬等の開始～終了期間　　**【※常用薬については、年度ごとに提出してください。】**

令和　　年　　月　　日～　（　　）令和　　年　　月　　日まで
（　　）医師の指示があるまで
（　　）その他（　　）

3　補助を依頼する時間

□給食の後　　□給食の前　　□＿＿＿時間目の後

□その他の時間帯（具体的な時間：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）

4　薬の管理方法・保管場所

□自己管理　　□担任等預かり　　□保健室（冷蔵庫）

5　補助を行う薬について（服用方法・配慮事項など）

※ゼリー・スプーン・塗り薬は綿棒など（衛生上、複数の生徒への対応を同時に行うため、基本的に素手で行いません）、服薬等に付随して必要なものがある場合は持参してください。
また、具体的な飲ませ方や、万一服薬が失敗した場合の対処など、特別な配慮がある場合は、具体的に記入をお願いします。

薬の名称	①	②	③
種類・量	（　）粉末　包（　）錠剤　錠 （　）目薬　滴 （　）その他	（　）粉末　包（　）錠剤　錠 （　）目薬　滴 （　）その他	（　）粉末　包（　）錠剤　錠 （　）目薬　滴 （　）その他
服薬等の方法	（　）飲む　・・・（　）一部支援 （　）さす　　（　）自分で・見守り （　）ぬる （　）その他＿＿＿＿ **<具体的な支援方法>**	（　）飲む　・・・（　）一部支援 （　）さす　　（　）自分で・見守り （　）ぬる （　）その他＿＿＿＿ **<具体的な支援方法>**	（　）飲む　・・・（　）一部支援 （　）さす　　（　）自分で・見守り （　）ぬる （　）その他＿＿＿＿ **<具体的な支援方法>**

6　薬を処方されている医療機関名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

令和　　年　　月　　日　　部　　年　　氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

保護者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿