

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： _____）

（災害時用に携行する場合は担任にお伝えいただき、個人で管理してください）

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・ （ ）ぬる 見守り （ ）その他 _____ <具体的な支援方法>	（ ）飲む …（ ）一部支援 （ ）さす （ ）自分で・ （ ）ぬる 見守り （ ）その他 _____ <具体的な支援方法>	（ ）飲む …（ ）一部支援 （ ）さす （ ）自分で・ （ ）ぬる 見守り （ ）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

令和 年 月 日 部 年 氏名

保護者氏名

服薬等補助依頼書（ 寄宿舍 ）

寄宿舍生活において（ 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

☐起床時 ☐（ 朝 ・ 昼 ・ 夕 ）食の前 ☐（ 朝 ・ 昼 ・ 夕 ）食の後

☐就寝前 ☐ _____ の（ 前 ・ 後 ）

☐時間指定（具体的な時間： _____ ）

4 薬の管理方法・保管場所

☐自己管理 ☐事務室（薬品庫） ☐事務室（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・ （ ）ぬる 見守り （ ）その他 _____ ＜具体的な支援方法＞	（ ）飲む …（ ）一部支援 （ ）さす （ ）自分で・ （ ）ぬる 見守り （ ）その他 _____ ＜具体的な支援方法＞	（ ）飲む …（ ）一部支援 （ ）さす （ ）自分で・ （ ）ぬる 見守り （ ）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