

沖縄県立はなさき支援学校長 殿

服薬介助依頼書

－ 臨時薬（かぜ薬などの一時的に必要な薬）－

1 学年・氏名 (小・中・高) 年 組 氏名

2 服薬介助を依頼する期間

令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで

3 受診した医療機関名及び受診日

医療機関名 受診日 令和 年 月 日

4 薬について（1包ごとに記入してください。）

* 市販薬不可

診断名	薬の名前	色/形	1回量	服用する時間
①		色： 形：		給食前・給食後 その他 〔 〕
②		色： 形：		給食前・給食後 その他 〔 〕
③		色： 形：		給食前・給食後 その他 〔 〕
注意すること (服用方法・ 保存方法等)	記入例：①は水に溶いてスプーンで飲ませる。冷所保存。			

* 薬の説明書（コピー）を添付してください。

以下のことを確認し、上記の通り服薬介助を関係職員に依頼します。

- ・副作用の危険性や投薬量の調整等のため、医師又は看護職員による連続的な容態の経過観察は必要ありません。
- ・当該医薬品の使用の方法そのものについて専門的な配慮は必要ありません。

令和 年 月 日

保護者氏名 印

保護者 殿

服薬介助実施報告書

－ 臨時薬（かぜ薬などの一時的に必要な薬）－

1 学年・氏名 _____ 部 _____ 年 _____ 組 _____ 氏名 _____

2 服薬介助実施記録

月日	受け取った職員	介助した職員	備考
月 日			
月 日			
月 日			
月 日			
月 日			
月 日			
月 日			
月 日			
月 日			
月 日			
月 日			
月 日			
月 日			
月 日			
月 日			
月 日			

上記の通り服薬介助を実施したことを報告いたします。

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

担当教諭 _____

*担当の先生へ 最終日に服薬介助実施報告書のコピーを保護者へ、原本は保健室へ提出してくだ