保護者様

別紙１

・学校や寄宿舎に預けるお薬について、ご記入ください。なお、学校のホームページにもデータが添付されていますので、ご活用ください。

・**「お薬の説明書」または「お薬手帳」のコピー**も併せてご提出ください。

・本紙の原本は、連絡帳にとじます。**内容変更時**は、**裏面のとおりです。**変更が多い場合は、新しい用紙への記入を依頼することがあります。

**\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\***

県立東新潟特別支援学校長　様

お薬に関する依頼書（常用薬・災害時用薬）

保護者の責任のもと、学校及び寄宿舎にて服薬の介助を依頼します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 児童生徒氏名 |  | （ 小 ・ 中 ・ 高　　　　　　　組） |

≪内服薬≫　※同上の内容があれば、〃や↓等で省略していただいてかまいません。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **薬の名前** | **1回分の量** | **服薬****時間** | **保管方法****(常温・冷所)** | **お薬の服用方法** | **在校時** | **災害時用薬** | **舎** | **その他** |
| マイスタン0.5gカロナール200g | １袋１錠 | 夕食後頭痛時 | 常温常温 | 小鉢に薬と水をいれて溶かし、ｽﾌﾟｰﾝで飲む。本人が薬を水と一緒に飲む。 | ×○ | ○○ | ○○ | 服薬時に要連絡 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

≪緊急時薬（坐薬、ブコラム等）・外用薬（塗り薬、湿布、点眼薬、点鼻薬等）≫

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **薬の名前** | **量** | **服薬****時間** | **保管方法****(常温・冷所)** | **お薬の服用方法** | **在校時** | **災害時用薬** | **舎** | **その他** |
| ・ダイアップ10mg・リンデロン0.12％ | １本少量 | 発作時右腕に湿疹がみられる時 | 冷所常温 | 発作時に肛門に挿入する。発赤部に塗布する。 | ○○ | ○× | ○○ | 学校と舎で１本 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

薬の変更内容一覧

　通院等でお薬が変更された場合、

1. **下記欄に必要事項を記入する。**
2. **表紙の記載事項について、変更箇所を朱色で＝を引き、変更内容を加筆する。**
3. **「変更したお薬」＋「お薬の説明書（またはお薬手帳）」のコピーを学校に提出する。**

**※ジェネリックに変更された場合も、①～③と同様の対応です。**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **変更日** | **変更内容** | **変更理由**(差し支えなければご記入ください。） | **災害時用薬の変更**(寄宿舎利用者であれば、予備薬も含む) | **「お薬の説明書」****または「お薬手帳」の****コピーの用意** | **保護者サイン** |
| **≪例≫１/10** | **・マイスタン0.5ml⇒デパケン10ml****・デパケン10ml⇒12ml** | **てんかん発作の調整のため。** | **✓** | **✓** | **○○** |
| 　 | 　 | 　 | 　 |  | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 |  | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 |  | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 |  | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 |  | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 |  | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 |  | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 |  | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 |  | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 |  | 　 |