様式１　定期薬の与薬依頼書

石川県立盲学校長　様

登校中、私に代わり下記について与薬することを依頼します。

令和　　　年　　　月　　　日　　　　　保護者氏名

　　（ 小・中・普・理 ）　　　年　　　組　児童生徒氏名

**＊該当するものに○、または記入**

|  |  |
| --- | --- |
| **処方医** | **医療機関**　　　　　　　　　　（℡　　　-　　　-　　　　） |
| **病名又は症状** |
| **期間**　　　　令和(　　)年(　　)月(　　)日　～　令和(　　)年(　　)月(　　)日 ・ 学期末 |
| **保管方法**　　常温保管　・　冷所保管　・　その他(　　　　　　　　　　　　　　　　　　) |
| **日** | **時間** | **薬の名前** | **効　能****※** | **色・形****※** | **１回の量・****使用方法** |
| 【記入例 】 | ザジテン点眼液アレグラ錠 | 抗アレルギー抗アレルギー | 透明・目薬肌色・楕円・錠剤 | １滴（両目）１錠　水で飲む |
| ４/８より | 給食後 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **薬の使用上の注意事項**（例：２種類の点眼薬は間隔を５分以上あける｡少量の水に溶かしｽﾌﾟｰﾝで。） |

 【留意事項】

1. 確実に与薬するため、一つ一つの薬の袋や容器に日付と名前を明記し、１回分に複数あれば、ひとまとめ(ナイロン袋などを利用)にしてください。（ 例：○月○日　昼食後　石川太郎 ）
2. 予備の薬も持たせてください。( 例：昼食後 予備　石川太郎 等を明記)
3. 担当する職員は、この「与薬依頼書」を見て与薬しますので、確実に記入をお願いします。
4. 薬剤情報提供書(ｺﾋﾟｰ可)またはおくすり手帳のコピーを提出（添付）してください。その中に、効能、色・形の掲載がある場合は、**※**の記載は省略できます。

|  |
| --- |
| 上記の記載内容には変更が無く、下記の期間与薬することを再び依頼します。 |
| 月　　 日 ～ 学期末まで | 保護者サイン |  | 月　　 日 ～ 学期末まで | 保護者サイン |  |

様式２　頓用薬の与薬依頼書

石川県立盲学校長　様

登校中、私に代わり下記について与薬することを依頼します。

令和　　　年　　　月　　　日　　　　　保護者氏名

　　（ 小・中・普・理 ）　　　年　　　組　児童生徒氏名

**＊該当するものに○、または記入**

|  |  |
| --- | --- |
| **処方医** | **医療機関**　　　　　　　　　　（℡　　　-　　　-　　　　） |
| **病名又は症状** |
| **期間**　　　　令和(　　)年(　　)月(　　)日　～　令和(　　)年(　　)月(　　)日 ・ 学期末 |
| **保管方法**　　常温保管　・　冷所保管　・　その他(　　　　　　　　　　　　　　　　　　) |
| **与薬が必要な状況** | **名前** | **効能****※** | **色・形****※** |  **１回の量・****使用方法** |
| 【記入例 】　通常経験している片頭痛の症状が生じたとき(外傷や発熱等による頭痛は除く） | イミグラン | 片頭痛治療薬 | 白い錠剤 | １錠水で飲む |
|  |  |  |  |  |
| **薬の使用上の注意事項**（例：２種類の点眼薬は間隔を５分以上あける｡少量の水に溶かしｽﾌﾟｰﾝで。1日〇回まで｡次の与薬まで〇時間以上あける｡） |

【留意事項】

1. 確実に与薬するため、一つ一つの薬の袋や容器に名前と何の薬かを明記し、１回分に複数あれば、ひとまとめ(ナイロン袋などを利用)にしてください。（ 例：片頭痛　石川太郎 ）
2. 予備の薬も持たせてください。（ 例：片頭痛　予備　石川太郎 等を明記）
3. 担当する職員は、この「与薬依頼書」を見て与薬しますので、確実に記入をお願いします。
4. 薬剤情報提供書(ｺﾋﾟｰ可)またはおくすり手帳のコピーを提出（添付）してください。その中に、効能、色・形の掲載がある場合は、**※**の記載は省略できます。

|  |
| --- |
| 上記の記載内容には変更が無く、下記の期間与薬することを再び依頼します。 |
| 月　　 日 ～ 学期末まで | 保護者サイン |  | 月　　 日 ～ 学期末まで | 保護者サイン |  |

様式３　臨時薬の与薬依頼書

石川県立盲学校長　様

登校中、私に代わり下記について与薬することを依頼します。

令和　　　年　　　月　　　日　　　　　保護者氏名

　　（ 小・中・普・理 ）　　　年　　　組　児童生徒氏名

**＊該当するものに○、または記入**

|  |  |
| --- | --- |
| **処方医** | **医療機関**　　　　　　　　　　（℡　　　-　　　-　　　　） |
| **病名又は症状** |
| **期間**　　　　令和(　　)年(　　)月(　　)日　～　令和(　　)年(　　)月(　　)日 |
| **保管方法**　　常温保管　・　冷所保管　・　その他(　　　　　　　　　　　　　　　　　　) |
| **日** | **時間** | **薬の名前** | **効　能****※** | **色・形****※** | **１回の量・****使用方法** |
| 【記入例 】 | ザジテン点眼液アレグラ錠 | 抗アレルギー抗アレルギー | 透明・目薬肌色・楕円・錠剤 | １滴（両目）１錠　水で飲む |
| ４/８より | 給食後 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **薬の使用上の注意事項**（例：２種類の点眼薬は間隔を５分以上あける｡少量の水に溶かしｽﾌﾟｰﾝで。） |

 【留意事項】

①　確実に与薬するため、一つ一つの薬の袋や容器に日付と名前を明記し、１回分に複数あれば、ひとまとめ(ナイロン袋などを利用)にしてください。（ 例：○月○日　昼食後　石川太郎 ）

②　予備の薬も持たせてください。( 例：昼食後 予備　石川太郎 等を明記)

③　担当する職員は、この「与薬依頼書」を見て与薬しますので、確実に記入をお願いします。

④　薬剤情報提供書(ｺﾋﾟｰ可)またはおくすり手帳のコピーを提出（添付）してください。その中に、効能、色・形の掲載がある場合は、**※**の記載は省略できます。

様式４　定期薬の与薬依頼書(宿泊行事用)

石川県立盲学校長　様

　宿泊行事（　　　　　　　 　　　）に参加中、私に代わり、下記について与薬することを依頼します。

令和　　　年　　　月　　　日　　　　　保護者氏名

　　（ 小・中・普・理 ）　　　年　　　組　児童生徒氏名

**＊該当するものに○、または記入**

|  |  |
| --- | --- |
| **処方医** | **医療機関**　　　　　　　　　　（℡　　　-　　　-　　　　） |
| **病名又は症状** |
| **期間**　　　　令和(　　)年(　　)月(　　)日　～　令和(　　)年(　　)月(　　)日 |
| **保管方法**　　常温保管　・　冷所保管　・　その他(　　　　　　　　　　　　　　　　　　) |
|  | **時間** | **薬の名前** | **効　能****※** |  **色・形****※** |  **１回の量・****使用方法** |
| 【記入例 】 | ザジテン点眼液アレグラ錠 | 抗アレルギー抗アレルギー | 透明・目薬肌色・楕円・錠剤 | １滴（両目）１錠　水で飲む |
| 朝 | 食前食後 |
| **朝** |  |  |  |  |  |
| **昼** |  |  |  |  |  |
| **夕** |  |  |  |  |  |
| **他** |  |  |  |  |  |
| **薬の使用上の注意事項**（例：２種類の点眼薬は間隔を５分以上あける｡少量の水に溶かしｽﾌﾟｰﾝで。） |

 【留意事項】

**追加②④**

1. 確実に与薬するため、一つ一つの薬の袋や容器に日付と名前を明記し、１回分に複数あればひとまとめ(ナイロン袋などを利用)にしてください。（ 例：○月○日　昼食後　石川太郎 ）
2. 予備の薬も持たせてください。( 例：昼食後 予備　石川太郎 等を明記)
3. 担当する職員は、この「与薬依頼書」を見て与薬しますので、確実に記入をお願いします。
4. 薬剤情報提供書(ｺﾋﾟｰ可)またはおくすり手帳のコピーを提出（添付）してください。その中に、効能、色・形の掲載がある場合は、**※**の記載は省略できます。

様式５　定期薬の与薬依頼書(災害時用)

石川県立盲学校長　様

　災害時における定期薬について、私に代わり、下記について保管・与薬することを依頼します。

令和　　　年　　　月　　　日　　　　　保護者氏名

　　（ 小・中・普・理 ）　　　年　　　組　児童生徒氏名

**＊該当するものに○、または記入**

|  |  |
| --- | --- |
| **処方医** | **医療機関**　　　　　　　　　　（℡　　　-　　　-　　　　） |
| **病名又は症状** |
| **期間**　　　　令和(　　)年(　　)月(　　)日　～　令和(　　)年(　　)月(　　)日 ・ 学期末 |
| **保管方法**　　常温保管　・　その他(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　) |
|  | **時間** | **薬の名前** | **効　能****※** |  **色・形****※** |  **１回の量・****使用方法** |
| 【記入例 】  | ザジテン点眼液アレグラ錠 | 抗アレルギー抗アレルギー | 透明・目薬肌色・楕円・錠剤 | １滴（両目）１錠　水で飲む |
| 朝 | 食前食後 |
| 　**朝** |  |  |  |  |  |
| 　**昼** |  |  |  |  |  |
| **夕** |  |  |  |  |  |
| 　**他** |  |  |  |  |  |
| **薬の使用上の注意事項**（例：２種類の点眼薬は間隔を５分以上あける｡少量の水に溶かしｽﾌﾟｰﾝで。） |

【留意事項】

①　確実に与薬するため、一つ一つの薬の袋や容器に時間と名前を明記し、１回分に複数あればひとまとめ(ナイロン袋などを利用)にしてください。（ 例：昼食後　石川太郎 ）

②　予備の薬も持たせてください。( 例：昼食後 予備　石川太郎 等を明記)

③　担当する職員は、この「与薬依頼書」を見て与薬しますので、確実に記入をお願いします。

④　薬剤情報提供書(ｺﾋﾟｰ可)またはおくすり手帳のコピーを提出（添付）してください。その中に、効能、色・形の掲載がある場合は、**※**の記載は省略できます。

|  |
| --- |
| 上記の記載内容には変更が無く、下記の期間与薬することを再び依頼します。 |
| 月　　 日 ～ 学期末まで | 保護者サイン |  | 月　　 日 ～ 学期末まで | 保護者サイン |  |