

保護者の皆様

都立墨田特別支援学校長

朝日 滋也

## 学校生活中の服薬(おくすり依頼書)について

日頃から、本校の学校保健に御理解と御協力を賜り、誠にありがとうございます。

本校では、学校生活中に薬(内服薬、塗り薬、点眼薬など)の使用が必要な場合には、所定の様式を使用して教員が服薬支援を行います。

つきましては、学校での服薬が必要な場合は、下記をお読みいただき、別紙「おくすり依頼書」を担任まで御提出ください。併せて、医師の指示(薬の内容・分量・時間など)を確認できる書類の提出もしくは添付をお願いいたします。安全な服薬支援を行うため、御理解と御協力をよろしくお願いいたします。

### 1 対象者と提出書類について

対象	学校生活中に定時薬の使用が必要な方 (長期的に毎日使用する昼食後薬や塗り薬など)	学校生活中に臨時薬の使用が必要な方 (短期的に使用する風邪薬など)
提出書類	<input type="checkbox"/> おくすり依頼書 <input type="checkbox"/> 「主治医意見書」 (主治医意見書に記載のある薬のみ服薬支援できます。)	<input type="checkbox"/> おくすり依頼書 <input type="checkbox"/> 病院や薬局でもらえる「お薬情報」や「おくすり手帳」のコピー

※緊急時(発作時・不穏時・アレルギー有症時など)に使用する頓服薬が必要な方

対象の方には、「緊急時おくすり依頼書」を個別に配布いたします。緊急時対応について記載された「主治医意見書」と一緒に御提出ください。

### 2 注意点

- おくすり依頼書は「入学のしおり(令和2年度入学生より)」や「学校ホームページ」にも掲載しています。学校生活中に服薬が必要な場合に記入し、連絡帳と一緒に担任へお渡しください。
- 医師の指示(薬の内容・分量・時間など)を確認できる書類が必要となります。  
定時薬の場合は「主治医意見書」の提出を、臨時薬の場合は病院や薬局でもらえる「お薬情報」や「おくすり手帳」のコピーを添付してください。
- 薬は当日分のみを用意し、名前を書き、おくすり依頼書にテープで貼り付けて提出してください。  
シロップは1回分を容器に入れて持参してください。
- 服薬は、医療機関から処方された薬に限ります。市販薬は、原則としてお預かりできません。  
処方薬であっても、正確な体温が確認できなくなるため、原則として解熱剤はお預かりできません  
(薬品名：カロナール、ロキソニンなど)
- 原則として、御家庭での使用が難しい薬はお預かりできません。
- 薬はできるだけ自宅で使用できるよう(1日2回(朝・夕)など)、使用時間について医療機関で相談してください。
- 服薬にあたり特別な技術を要する薬や、管理が困難な薬はお預かりできません。

<問い合わせ先>  
 都立墨田特別支援学校  
 副校長 小山 寿子 中村 浄  
 養護教諭 高橋 祐香 前田 のぞみ  
 電話 03-3619-4851

# おくすり依頼書

No. \_\_\_\_\_

年 月 日

都立墨田特別支援学校長 様

部 年 組 児童・生徒氏名

保護者氏名

医師の指示により、下記の薬を使用する必要があります。つきましては、学校生活中に依頼書のとおり服薬支援をお願いします。なお、この薬の使用については保護者が責任をもちます。

※記入もしくは該当する項目を○で囲んでください

薬の種類	定時薬 (長期的に毎日使用する薬) ⇒主治医意見書に記載のある薬のみ服薬支援できます				
	臨時薬 (風邪などで短期的に使用する薬) ⇒「お薬情報」や「おくすり手帳」のコピーを添付してください				
使用期間	年 月 日 から 年 月 日 まで (「定時薬」の場合は、4月初日から3月末日までと記入)				
病名または症状					
病院名					
薬の名前	薬の形状・数	使用する時間	使用方法	保管方法	その他注意事項
	粉薬( )包 錠剤( )錠 シロップ( )ml 塗り薬(学校生活中に 回) 点眼薬(学校生活中に 回) その他( )	給食前 給食後 その他 ( )	そのまま 水で服用 水に溶かす その他 ( )	常温 冷蔵庫 その他 ( )	

<この欄に薬局でもらえる「お薬情報」や「おくすり手帳」のコピーを添付してください>

《お願い》

- ① 薬は当日分のみ用意し、名前を書き、この依頼書にテープで貼り付けてください。シロップは1回分を容器に入れて持参してください。
- ② 服薬は、医療機関から処方された薬に限ります。市販薬はお預かりできません。(処方薬でも、解熱剤はお預かりできません)
- ③ 原則として、御家庭での使用が難しい薬はお預かりできません。
- ④ 薬はできるだけ自宅で使用できるよう(1日2回(朝・夕など))、使用時間を医療機関で相談してください。

担任 → 保健室

保健室

/	/	/	/	/	学校より連絡事項
実施者	実施者	実施者	実施者	実施者	

## おくすり依頼書（裏面）チェック欄追加分

本依頼書（表面）の記載のとおり、服薬支援を実施しました。

No. \_\_\_\_\_

／	／	／	／	／	学校より連絡事項
実施者	実施者	実施者	実施者	実施者	

／	／	／	／	／	学校より連絡事項
実施者	実施者	実施者	実施者	実施者	

／	／	／	／	／	学校より連絡事項
実施者	実施者	実施者	実施者	実施者	

／	／	／	／	／	学校より連絡事項
実施者	実施者	実施者	実施者	実施者	

／	／	／	／	／	学校より連絡事項
実施者	実施者	実施者	実施者	実施者	

／	／	／	／	／	学校より連絡事項
実施者	実施者	実施者	実施者	実施者	

／	／	／	／	／	学校より連絡事項
実施者	実施者	実施者	実施者	実施者	

／	／	／	／	／	学校より連絡事項
実施者	実施者	実施者	実施者	実施者	

／	／	／	／	／	学校より連絡事項
実施者	実施者	実施者	実施者	実施者	

## おくすり依頼書（裏面）チェック欄追加分

本依頼書（表面）の記載のとおり、服薬支援を実施しました。

No. \_\_\_\_\_

／	／	／	／	／	学校より連絡事項
実施者	実施者	実施者	実施者	実施者	

／	／	／	／	／	学校より連絡事項
実施者	実施者	実施者	実施者	実施者	

／	／	／	／	／	学校より連絡事項
実施者	実施者	実施者	実施者	実施者	

／	／	／	／	／	学校より連絡事項
実施者	実施者	実施者	実施者	実施者	

／	／	／	／	／	学校より連絡事項
実施者	実施者	実施者	実施者	実施者	

／	／	／	／	／	学校より連絡事項
実施者	実施者	実施者	実施者	実施者	

／	／	／	／	／	学校より連絡事項
実施者	実施者	実施者	実施者	実施者	

／	／	／	／	／	学校より連絡事項
実施者	実施者	実施者	実施者	実施者	

／	／	／	／	／	学校より連絡事項
実施者	実施者	実施者	実施者	実施者	