

## 薬の使用介助依頼書 [宿泊時]

富山県立にいかわ総合支援学校長 様

医師による診察の結果、薬の処方を受け加療中です。現在、子供の容態は安定していますが、宿泊学習もしくは修学旅行中に、保護者に代わって薬の使用介助をお願いします。なお、薬を使用した結果については、保護者に責任があることを了承します。

令和 年 月 日

保護者氏名 (緊急連絡先 TEL - - )

- (1)「薬の説明書(コピー)」を添付してください。  
(2)薬は1回分ずつに分けて、氏名と服薬する日時を明記してください。また1回分予備の薬を入れてください。  
(3)太線内をもれなく記入してください。

児童生徒氏名		学部・学年	小・中・高	年
病名(症状)				
内服薬	種類	粉・錠剤・液体		
	飲み方	水で飲む・スプーンで練る・( )に混ぜて飲む その他( )		
外用薬	種類	塗り薬・点眼薬・点耳薬・点鼻薬		
	使用方法	塗る部位( )・点眼/耳/鼻(右 滴・左 滴)		
依頼期間		月 日( ) ~ 月 日( )		
使用時間		食後・指定時間 時 分頃・食前・他(具体的に )		

## 預かり薬確認

服薬日時	(昼食時)	(夕食時)	(就寝時)	(朝食時)	(昼食時)	( )	予備薬
保護者記入	粉 錠剤 液体	粉 錠剤 液体	粉 錠剤 液体	粉 錠剤 液体	粉 錠剤 液体	粉 錠剤 液体	粉 錠剤 液体
	包 錠 本	包 錠 本	包 錠 本	包 錠 本	包 錠 本	包 錠 本	包 錠 本
軟膏・点眼 本、 個 その他(内容・数を記入 )							
学校確認	<input type="checkbox"/> 担任等 <input type="checkbox"/> 養護教諭	<input type="checkbox"/> 担任等 <input type="checkbox"/> 養護教諭	<input type="checkbox"/> 担任等 <input type="checkbox"/> 養護教諭	<input type="checkbox"/> 担任等 <input type="checkbox"/> 養護教諭	<input type="checkbox"/> 担任等 <input type="checkbox"/> 養護教諭	<input type="checkbox"/> 担任等 <input type="checkbox"/> 養護教諭	<input type="checkbox"/> 担任等 <input type="checkbox"/> 養護教諭

## 服薬結果

令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日まで  
上記の依頼通り、薬の使用介助を行いました。

※なお、介助記録は保管してあります。必要な場合はお問い合わせください。

介助者 \_\_\_\_\_

実施内容を確認しました。

保護者確認サイン \_\_\_\_\_

※確認記入後は学校へ返却してください。