

※学校で薬の投与が必要な場合、担任に提出してください。（高等部の生徒については服薬の自己管理ができる場合は提出不要です）

（様式１）

令和 年 月 日

福島県立あぶくま支援学校長 様

薬の投与依頼書

薬の投与（服薬確認）を依頼したいので、下記のとおり申請します。

小・中・高 年 組 氏名

保護者名

病院名 主治医名

病院の電話番号

	記入例	記入欄
薬が必要な理由	・てんかんのため ・湿疹のため	
薬品名	・フェノバール（抗てんかん薬） ・ロコイド・プロベト混合軟膏	
投与期間	令和6年4月8日から 令和7年3月21日まで	※学校で服薬する期間を記入してください。 令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日
投与時刻と投与量	・昼食後30分以内 （フェノバール 白い袋1袋） ・10：30頃	※薬の預かりは、当日1日分とします。
投与の方法及び 注意点	・薬を準備して渡せば、自分で飲めます。 ・薬を水で溶いて、スプーンで飲ませてください。 ・薬の袋を開けて、口の中に入れてください。 ・口のまわりに薄く塗ってください。	※服薬に必要なもの（例：塗り薬を塗る際の綿棒・手袋等）は薬と一緒に担任へお渡ししてください。
保管方法	・ 常温 ・ 保冷が必要	

※「薬の説明書の写し」（お薬手帳の写しでも可）を一緒にご提出ください。

※内容に変更がある場合はお知らせください。

※裏面の【保護者確認事項】をご確認の上、依頼してください。

【保護者確認事項】

- ☐ 本校が預かることができる薬は、医師等が処方した医療用医薬品に限ります。市販薬は預かりません。
- ☐ 学校内での医療用医薬品の預かり及び投与や投与の介助は、保護者等からの依頼に基づいて行います。
- ☐ 医師からの投薬の指示がある期間のみお預かりします。
- ☐ 症状に応じて使用の判断が必要な医療用医薬品を預かることはできません。ただし、本人が服薬の必要性を判断できる場合はこの限りではありません。
- ☐ 服薬時間について、主治医に相談の上、学校生活時間以外に変更できるものは変更にご協力をお願いします。
- ☐ 「薬の投与依頼書」の有効期限は年度末とします。新年度には新しいものをご提出ください。
- ☐ 薬の内容（種類・用法・用量）に変更があった場合は、「薬の投与依頼書」を再度提出してください。
- ☐ 症状のひどい時は、なるべく自宅で休養をとるようにお願いいたします。