

医薬品使用の介助依頼書

【学校、校外学習、宿泊行事共通】

令和 年 月 日

愛知県立豊橋聾学校長殿

_____部 _____年 _____組

児童生徒名 _____

保護者氏名 _____

子どもが、医師より医薬品使用の指示を受けましたが、自力で医薬品を正しく使用することは困難です。本来なら保護者が医薬品使用の介助を行うところですが、介助できませんので、下記のような医師の指示に従って、医薬品使用の介助をお願いします。

記

1 介助依頼期間

令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日

2 病名、病状について

3 医薬品の使用方法（いつ、どのように）など

4 使用時まで医薬品の入っている場所（ランドセルのポケット など）

5 その他注意すべき事柄

6 保護者の緊急連絡先 〈電話、携帯、FAX、メールなど〉

①第1連絡先 _____

②第2連絡先 _____

③第3連絡先 _____

7 医療機関連絡先

医療機関名 _____

医師名 _____

電話番号・FAX _____

★★

複数の子どもさんが同じ場所で生活している学校管理下では、思わぬ事故が起こることがあります。また、体調が悪い時は、家庭で無理をせず休養を取ることが大切であると思います。このようなことから、学校管理下では、薬の使用や介助を最小限にしたいと考えます。しかし、風邪等でどうしても医薬品使用の介助が必要なときは、介助をお申し出ください。次の①②の書類を揃えて頂ければ、介助をお引き受けします。ただし、子どもさんの状態が不安定な場合は、その限りではありません。そのときの対処も、「5 その他注意すべき事柄」にお書きください。必要に応じて、お電話いたしますので、よろしくをお願いします。

提出物： ①医薬品使用の介助依頼書 ②薬品情報

※御不明な点がありましたら、担任または養護教諭にお尋ねください。