

令和4年12月1日

保護者 殿

県立境特別支援学校長

薬の依頼書について(お願い)

病気やけがなどで、薬を処方されているお子さんについて、学校や校外(宿泊学習、修学旅行など)での学習活動時に必要に応じて教員が投薬を行うことがあります。

種類や量、飲ませ方については、十分理解した上で行いたいと考えておりますので、下記内容をご確認の上【様式3-1】「服薬依頼書(長期用・臨時用)」を学校ホームページよりダウンロードしていただき、必要事項を記入して、担任まで提出をお願いいたします。

また、薬の使用・管理については、誤った薬の使用を防ぐため、教職員の介助を必要としないような場合であっても、提出をお願いいたします。

記

1 提出する書類

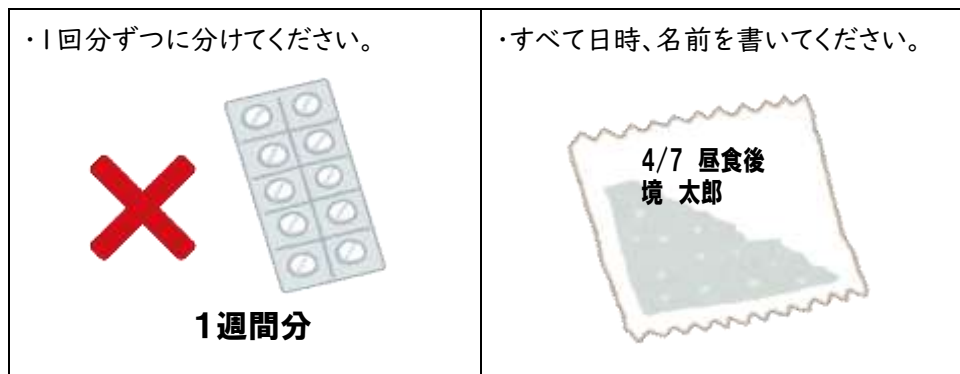
	薬の例	提出時期	一緒に提出していただく書類
【様式3-1】 服薬依頼書 (長期用)	てんかん、ぜんそくなど 毎日定時に使用する薬	・年度始め ・薬を飲み始める日 ・薬が変更になった日	いずれも 「薬剤情報提供書」等のコピーを 一緒にご提出ください
【様式3-1】 服薬依頼書 (臨時用)	風邪など短期間で、 一時的に使用する薬	・薬を飲み始める日	
【様式3-2】 服薬依頼書 (宿泊用)	宿泊を伴う学校行事に おいて使用する薬	・事前に行う健康調査と 一緒にお渡します。	
大規模災害に備えた 薬の預かり書	大規模災害時に備えて 1日分の薬を預かる	・各学期始め (学期ごとにお返します) ・預かり希望があった時	

2 学校で預かることができる薬

- (1) 病院で処方された薬のみ、お預かりします。(薬の依頼書の提出がない場合は、投与できません。)
- (2) リップクリーム・ハンドクリーム・ワセリンなど、医薬部外品で自宅で使用したことがあるものについては持参できますが、使用する際には、連絡帳などで担任にお知らせください。

3 薬を持って来る際の注意事項

- (1) 服薬依頼書がなく、薬のみ持参した場合は、服薬することができません。
- (2) 薬はビニール袋などに入れ、名前を記入し、必ず1回分ずつ持たせてください。
- (3) 薬の形状などで不明な点がありましたら、その都度お知らせください。



4 その他

法律で、医師・歯科医師・看護師などの免許を有さない者が服薬の介助を行う場合は、下記の条件に当てはまる場合のみと規定されています。

医師法第17条の解釈(平成17年7月26日付 医政発第0726005号)

患者の状態が以下の3条件を満たしていることを医師、歯科医師又は看護職員が確認し、これらの免許を有しない者による医薬品の使用の介助ができることを本人又は家族に伝えている場合に、**事前の本人又は家族の具体的な依頼(※1)に基づき、医師の処方(※2)を受け、あらかじめ薬袋等により患者ごとに区分し授与された医薬品**について、医師又は歯科医師の処方及び薬剤師の服薬指導の上、看護職員の保健指導・助言を遵守した医薬品の使用を介助すること。具体的には、**皮膚への軟膏の塗布(褥瘡の処置を除く)、皮膚への湿布の貼付、点眼薬の点眼、一包化された内服薬の内服(※3)**(舌下錠の使用も含む)、**肛門からの坐薬挿入又は鼻腔粘膜への薬剤噴霧**を介助すること。

- ① 患者が入院・入所して治療する必要がなく容態が安定していること
- ② 副作用の危険性や投薬量の調整等のため、医師又は看護職員による連続的な容態の経過観察が必要である場合ではないこと
- ③ 内服薬については誤嚥の可能性、坐薬については肛門からの出血の可能性など、当該医薬品の使用の方法そのものについて専門的な配慮が必要な場合ではないこと

※1 保護者から必ず「服薬依頼書」で依頼を受けた上で服薬をしなければならない。

※2 医師から処方された薬のみ。

※3 内服薬はあらかじめ薬が薬剤師や家族によって1回分ずつ分けられていることとする。

シロップなどを教員が分けて飲ませることはできない。

【様式3-1】

服薬依頼書（長期用・臨時用）

記入日：令和 年 月 日

茨城県立境特別支援学校長 殿

次の通り、学校において、薬を服用することを依頼いたします。

保護者氏名

服薬期間	長期（ 1ヶ月 2ヶ月 3ヶ月 半年 通年 ）
	臨時 令和 年 月 日（ ）～ 月 日（ ）
児童・生徒名	部 年 組 氏名
病名（症状）	
処方日及び 病院・医師名	処方日：令和 年 月 日 病院名： 医師名：
薬の種類・量	
服用時間	
服用方法	
服用（使用）時の注意点	

<服薬にあたっての注意事項>

- ①年度当初、または必要が生じた際にご提出ください。
- ②市販のお薬はお預かりすることができませんので、御了承ください。
- ③依頼書を提出される際に薬局で出される「薬剤情報提供書」等のコピーを添付してください。
- ④薬は児童生徒名を明記した上で、毎日1回分ずつに分けて持たせてください。
- ⑤年度途中で服薬状況等に変更がありましたら、速やかに担任にお知らせください。
あらためて「服薬依頼書」と「薬剤情報提供書」等のコピーをご提出していただきます。

受理日：令和 年 月 日

受理した職員：

※裏面に記入例があります。

【様式3-1】

服薬依頼書 (長期用・臨時用)

該当するところに「O」をつけてください。

記入日：令和

年 月 日

茨城県立境特別支援学校長 殿

次の通り、学校の行事において、薬を服用することを依頼いたします。

保護者氏名

服薬期間	<input checked="" type="radio"/> 長期 (1ヶ月 2ヶ月 3ヶ月 半年 <input checked="" type="radio"/> 通年)
	臨時 令和 年 月 日 () ~ 月 日 ()
児童・生徒名	小学部 1年 1組 氏名 境 太郎
病名(症状)	てんかん
処方日及び 病院・医師名	処方日：令和 4年 3月 15日 病院名：茨城医療センター病院 医師名：利根川先生
薬の種類・量	デパケン 1包
服用時間	昼食後
服用方法	水に溶かして飲ませる
服用(使用)時の注意点 昼食が食べられなくても薬は飲ませる	

<服薬にあたっての注意事項>

- ①年度当初、または必要が生じた際にご提出ください。
- ②市販のお薬はお預かりすることができませんので、御了承ください。
- ③依頼書を提出される際に薬局で出される「薬剤情報提供書」等のコピーを添付してください。
- ④薬は児童生徒名を明記した上で、毎日1回分ずつに分けて持たせてください。
- ⑤年度途中で服薬状況等に変更がありましたら、速やかに担任にお知らせください。
あらためて「服薬依頼書」と「薬剤情報提供書」等のコピーをご提出していただきます。

受理日：令和 年 月 日

受理した職員：

※裏面に記入例があります。