

<様式Ⅰ>

薬の使用依頼書（内服薬・外用薬）

令和 年 月 日

長野盲学校長 様

部 年 児童生徒氏名

保護者名(自署)

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、学校において下記のとおり使用の確認と介助をお願いします。なお、この薬の使用については保護者が責任を持ちます。
記

1 病 名 (※何のための薬か)

2 使用期間 令和 年 月 日 ~ 年 月 日

3 内服薬・外用薬内容 ※薬一つにつき、1枚記入(一枚に複数の薬を記入しないこと)

	朝	昼	夕
薬品名 使用量			
薬の種類	粉薬 錠剤 水薬 カプセル 点眼薬 その他 ()	粉薬 錠剤 水薬 カプセル 点眼薬 その他 ()	粉薬 錠剤 水薬 カプセル 点眼薬 その他 ()
使用時間	食前 食後 食間 () その他時間 ()	食前 食後 食間 () その他時間 ()	食前 食後 食間 () その他時間 ()
使用方法	そのまま 少量の水で溶く その他 () 介助の方法 ()		
保管場所	本人 ・ 担任 ・ 寄宿舍 ・ 保健室		
保管方法	常温 ・ 要冷蔵 ・ その他 ()		
注意事項			
医療機関名	病院 科 先生		

※薬袋には、一回毎に氏名、服用月日、服用時間(朝・昼・夜)を記入してください。

〇〇 太郎 〇月〇日 朝食後	〇〇 太郎 〇月〇日 昼食後	〇〇 太郎 〇月〇日 夕食後
----------------------	----------------------	----------------------

※学校で対応できるのは医師に処方された薬が対象です。処方時に出される「お薬の説明書」のコピーを添付してください。
※投薬確認のため、学校での投薬後、薬袋や薬剤のケースをお返しします。
※変更がある場合は、その都度用紙を提出してください。

<様式2>

緊急時薬使用依頼書

令和 年 月 日

長野盲学校長 様

部 年 児童生徒名

保護者名(自署)

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、学校において下記のとおり使用の確認、介助をお願いします。なお、この薬の使用については保護者が責任を持ちます。

病 名	
薬 名	
量	1回使用量： mg (錠・包 使用)
薬の種類	座薬 粉薬 錠剤 水薬 その他 ()
使用に関しての主治医 からの指示内容	・どのような時： ・使用するタイミング：< すぐ ・ 分続いた時>に使用する ・使用後の対応：
家庭での使用状況	・家庭で使用したことがあるか <ある・ない> ・使用後の様子：
使用方法	・自分で使用できる ・職員の介助を要する 方法 ()
保管方法	・常温 ・冷蔵保存 ・その他 ()
保管場所	・本人 ・担任 ・保健室 ・寄宿舍
注意事項	
医療機関名・主治医名 連絡先	病院 科 先生
保護者緊急連絡先	

緊急時薬を使用する際は、保護者に電話等でご連絡のうえ使用しますが、連絡が取れない場合は、医師からの「緊急時薬に関する主治医の指示書」どおり使用を希望されますか。
あてはまるものに○印をお願いします () 希望する () 希望しない

<別紙 1>

令和8年3月9日

主治医 様

長野盲学校長

「緊急時薬に関する主治医の指示書」記入について(依頼)

本校幼児児童生徒が、日頃より大変お世話になりありがとうございます。

学校における緊急時薬の依頼を保護者から受けるにあたり、先生の所見をいただきたいと思います。
ご多忙のところ恐縮ですが、様式3「緊急時薬に関する主治医の指示書」にご記入くださいますようお願い申し上げます。

なお、毎年年度当初に確認をさせていただきたいと思います。内容に変更がない場合は、確認印及び日付等を記入していただき、指示書の内容に変更が生じた際には、都度記入をお願いします。

長野盲学校

養護教諭 山岸 香苗

電 話 026 (243) 7789

F a x 026 (263) 3038

緊急時薬に関する主治医の指示書

児童生徒名 診断名

1 現在の病状と薬の状況

2 緊急時薬が必要とされる状態・薬を使用するタイミング
(例：けいれん発作が10分以上続いた場合、肛門に座薬を1錠挿入する)

3 緊急時薬について

名称		使用量	
効果が出るまでの時間			
効果が持続する時間			
副作用			
保管方法・有効期限			

4 薬を使用しても状況に変化がなかった場合の対応（救急搬送の判断基準・受診の有無等）

5 その他注意すること

令和 年 月 日

医療機関名・医師名

印

令和 年 月 日	令和 年 月 日	令和 年 月 日
上記に同じ 担当医師名	上記に同じ 担当医師名	上記に同じ 担当医師名
印	印	印