

服薬介助・保管依頼書（保護者記載用）

令和 年 月 日 記

| | |
|---------------|--|
| 依頼先 | 安来市立赤江小学校長 宛 |
| 依頼者 | 保護者氏名 ㊟ 連絡先 TEL — 児童氏名 |
| 医療機関名 | |
| 病名 (または症状) | |
| 薬の内容 | ① 薬の名前 <hr style="border-top: 1px dashed black;"/> ② 保管方法（該当するものに○） 室温 ・ 冷蔵庫 ・ その他（ ） ③ 薬の剤形（該当するものに○） 粉 ・ 錠 ・ 液（シロップ） ・ 外用薬 ・ その他（ ） ④ 薬の内容（該当するものに○） 抗生物質 ・ 解熱剤 ・ 咳止め ・ 下痢止め ・ かぜ薬 外用薬（ ） その他（ ） <hr style="border-top: 1px dashed black;"/> ⑤ 外用薬などの使用法 ⑥ その他の注意事項 |
| 服薬介助・ 保管 | ① 依頼の内容（該当するものに○） 介助 ・ 保管 ② 介助の内容（該当するものに○） 指示 【 服薬の時間がきたら声かけをすること 】 確認 【 きちんと服薬したか確認をすること 】 支援 【 服薬するときに手助けや指導をすること 】 ③ 使用する日時 令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日 午前・午後 時 分ごろ ・ 給食前 ・ 給食後 |
| 学校記載 | 受領者サイン 保管時サイン 令和 年 月 日 : 投薬者サイン 投薬時刻 令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日 午前・午後 時 分ごろ または 給食前 ・ 給食後 保管場所 実施状況など |

※ ご家庭の判断で購入された市販薬の投薬依頼には、安全上応じられません。