

(様式4)

薬の預かり依頼書 (緊急事態用)

令和 年 月 日

○ 依頼先 鹿児島大学教育学部附属特別支援学校長 殿

○ 依頼者 保護者氏名 (自署) ( )

連絡先 (TEL) ( )

※ 携帯等, 必ず連絡がつく電話番号を記入してください。

児童生徒氏名 (小学・中学・高等 部 年 氏名 )

○ どのような症状に関する薬ですか。

○ 服薬方法を記入してください。

○ 主治医 ( 病院・医院, 医師) TEL ( )

○ 該当するものに○印を付けるか, 直接記入してください。

1	持参した薬は	令和 年 月 日に処方され, 有効期限は 年 月まで
2	保管は	室温 ・ 冷蔵庫 ・ その他 ( )
3	薬の名前	
4	薬の剤型	粉 ・ 液 ・ 錠 ・ 外用薬 ・ その他 ( )
5	薬の内容	抗てんかん薬 ・ 抗アレルギー薬 ・ 精神安定剤 ・ 向精神薬 抗不安薬 ・ 睡眠導入剤 ・ その他 ( )
6	使用する時間	食前 ・ 食後 ・ その他 ( )
7	外用薬などの使用法	
8	その他の注意事項 (ふらつき, 眠気など)	
9	薬の副作用の有無	ある (薬の名前: ) ・ ない

～ 裏面も御確認ください ～

○ 留意事項

この依頼書は、災害などの緊急時に備え、万が一学校に子どもが長時間留まる事態を想定し、児童生徒が最低限必要な薬をお預かりするものです。以下の留意事項を御確認の上、下記の承諾欄に御署名をお願いします。

- ・当該児童生徒にとって、必要不可欠な薬のみをお預かりします。よって、服用前に保護者と連絡がつかない場合でも、原則依頼書に従い使用（服用）します。
- ・預ける際には、本文書と、薬の説明書、1回ごとに分包された一日分の薬を一緒に提出してください。
- ・預かりは年度ごとに更新しますので、年度末に保護者へお返しします。継続での預かりを希望される場合は、新年度に再提出をお願いします。
- ・保管は原則保健室での常温保存となります。
- ・薬の有効期限の把握や、交換時期の確認は保護者で行ってください。
- ・災害等の状況によっては、薬の持ち出しや使用が困難な場合もあります。

上記の留意事項について、了承しました。

令和 年 月 日 保護者名 (自署)

○ 服薬状況の記録

月/日 時:分	薬品名	投与者 サイン	服薬後の様子など	その他
/ :			特記事項の有無（有・無） ※有〔 〕	
/ :			特記事項の有無（有・無） ※有〔 〕	
/ :			特記事項の有無（有・無） ※有〔 〕	
/ :			特記事項の有無（有・無） ※有〔 〕	
/ :			特記事項の有無（有・無） ※有〔 〕	