保護者の皆様へ

**＊短期服薬補助依頼書について**

かぜなどで医療機関を受診し、学校での服薬が必要な場合（給食後など）には、必ず、下記「短期服薬補助依頼書」に薬剤名・服用時間などを記入し**切り取って**、担任まで提出をお願いします。また、**薬剤情報提供書（写し）も一緒にご提出ください。**

服薬の介助が必要でない場合も、飲み忘れや飲み間違いなどがないように、安全に配慮していきたいと思いますので、学校に薬を持参する場合には依頼書の提出をお願いします。

なお、服薬の介助が必要な場合は、原則として、医師が**診察し処方した薬のみが**対象となります。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 短期服薬補助依頼書　　＊要　薬剤情報提供書 |  | 短期服薬補助依頼書　　　＊要　薬剤情報提供書 |
| 小・中・高　　年　　組　名前 | 小・中・高　　年　　組　名前 |
| 期間 | 月　　日　～　月　　日 | 期間 | 月　　日　～　月　　日 |
| 症状 | 鼻みず、咳、のど痛、鼻炎、結膜炎他（　　　　　　　　　　　　　　　） | 症状 | 鼻みず、咳、のど痛、鼻炎、結膜炎他（　　　　　　　　　　　　　　） |
| 薬の名前 | 1回量 | 薬の名前 | 1回量 |
|  | 錠・包 |  | 錠・包 |
|  | 錠・包 |  | 錠・包 |
|  | 錠・包 |  | 錠・包 |
|  | 錠・包 |  | 錠・包 |
| いつ服薬するか | 給食前・給食後・（　　　　　　　） | いつ服薬するか | 給食前・給食後・（　　　　　　　　） |
| 服薬の仕方 | 水で飲む・（　　　　）に混ぜる他（　　　　　　　　　　　　　　　） | 服薬の仕方 | 水で飲む・（　　　　　）に混ぜる他（　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 受診した医療機関名 |  | 受診した医療機関名 |  |
| * 1枚ずつ、切り取ってお使いください。＊
 |  |
| 短期服薬補助依頼書　＊　要　薬剤情報提供書 | 短期服薬補助依頼書　　　＊要　薬剤情報提供書 |
| 小・中・高　　年　　組　名前 | 小・中・高　　年　　組　名前 |
| 期間 | 月　　日　～　月　　日 | 期間 | 月　　日　～　月　　日 |
| 症状 | 鼻みず、咳、のど痛、鼻炎、結膜炎他（　　　　　　　　　　　　　　　） | 症状 | 鼻みず、咳、のど痛、鼻炎、結膜炎他（　　　　　　　　　　　　　　） |
| 薬の名前 | 1回量 | 薬の名前 | 1回量 |
|  | 錠・包 |  | 錠・包 |
|  | 錠・包 |  | 錠・包 |
|  | 錠・包 |  | 錠・包 |
|  | 錠・包 |  | 錠・包 |
| いつ服薬するか | 給食前・給食後・（　　　　　　　） | いつ服薬するか | 給食前・給食後・（　　　　　　　　） |
| 服薬の仕方 | 水で飲む・（　　　　）に混ぜる他（　　　　　　　　　　　　　　　） | 服薬の仕方 | 水で飲む・（　　　　　）に混ぜる他（　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 受診した医療機関名 |  | 受診した医療機関名 |  |