

保護者 様

西脇市教育委員会

### 学校園での薬の服用について（お願い）

病院でもらった薬を学校園で服用することについて、兵庫県教育委員会より、次のような指導がありました。

**教職員が児童、生徒、園児に医療用医薬品を使用する行為は、医療行為に当たり、行うことはできない。**

やむを得ず服用が必要な場合は、下記のように手続きをお願いいたします。

#### 記

- 1 主治医に学校園での服用が必要かどうかを確認する。
- 2 教職員（担任）の介助が必要な場合は「与薬依頼書」の提出が必要です。

〈与薬依頼書の記入内容〉

- ・ 児童、生徒、園児名
- ・ 使用時間
- ・ 薬の種類
- ・ その他

保護者署名

捺印

- 3 薬には クラス名・名前を必ず明記する。（袋・容器とも）
- 4 教職員（担任）に提出する。

#### 【注意事項】

- 診察医師が処方調剤した薬、医師の処方箋で薬局が調剤した薬に限ります。
- 保護者の判断で持参した薬は対応できません。
- 薬は当日分のみ持たせてください。

（時間ごとに飲む場合は、1回ずつに分けてください。）

- ◎お子様自身で服用できるように、ご家庭でも練習をお願いいたします。

※右の与薬依頼書をコピーしてお使いください。また必要な時は、学校園にお知らせください。

## 与薬依頼書

\_\_\_\_年 \_\_\_\_組

\_\_\_\_児童・生徒・園児名

令和 \_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日 医療機関で受診し、医師により服薬の指示がありましたので、学校園での与薬介助をお願いします。

薬についてお知らせください。○印及び数量を記入してください。  
連絡事項があれば備考欄にご記入をお願いします。

|          |                 |         |              |
|----------|-----------------|---------|--------------|
| ・服用させる時間 | 食前              | 食間      | 食後           |
| ・薬の種類    | ・水薬             | ・粉薬（ ）包 | 塗薬（ ）        |
|          | ・錠剤             | ・カプセル   |              |
|          | ・点眼薬            | ・その他（ ） |              |
| ・使用期間    | 月 ____日 ____    | ～       | 月 ____日 ____ |
| ・服用理由    | （例： 風邪・鼻炎等のため ） |         |              |
|          | （ ）             |         |              |

備考

保護者氏名

㊞

本日緊急時連絡先