

## 様式2

### 【偏頭痛、不安定時等、頓服薬として服薬を行う場合】

令和 年 月 日

### 頓服薬の保管・使用の介助に係る依頼書

宮城県立松陵支援学校長 殿

小学部・中学部・高等部 \_\_\_\_\_ 年・児童生徒氏名

保護者等氏名 \_\_\_\_\_

別紙資料に記載の医療用医薬品の使用の介助の3条件を満たしていることを主治医等が確認し、主治医の指示に基づき、学校での薬剤の保管・使用の介助を依頼します。

1 服薬を要する症状 ※○を付けてください。

① 不安定・いらいら時                      ② その他(                      )

2 服薬の具体的な様子について

服薬の 必要な状態			
薬剤名			
服薬後の 様子	(例:30分ほど眠る、しばらくぼーっとする等)		
状態の頻度	_____ 日 ・ _____ か月に _____ 回	家庭での 服薬頻度	_____ 日 ・ _____ か月に _____ 回
最近の 服薬時期	平成・令和 _____ 年 _____ 月	服薬の 間隔	次の服薬まで _____ 時間あける

3 薬剤の使用の介助時の連絡先

\*連絡の取れる可能性の高いところから記入してください。服薬した場合に連絡し、様子をお知らせします。

① \_\_\_\_\_ TEL \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

② \_\_\_\_\_ TEL \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

4 薬剤を処方した主治医・病院名、連絡先

\_\_\_\_\_ TEL \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

依頼書の継続(2年目以降)

\*上記の内容に変更がなく、このまま更新の場合は下記の欄に署名をお願いいたします。

確認の年月日	令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日	令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日	令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日
保護者等署名			
確認の年月日	令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日	令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日	令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日
保護者等署名			

## 《保護者の方へ》

- ・この依頼書は偏頭痛や不安定時など、頓服薬の管理・使用の介助に関するものです。
- ・頓服薬使用の介助に係る指示書が必要になる場合もございます。頓服薬使用に関して、事前に御相談いただきますようお願い申し上げます。
- ・服薬に関する事故を未然に防ぐため、下記について御協力をお願いします。
  - ① 薬には、必ずそれぞれに、氏名を記入してください。
  - ② 薬局でいただく「薬の説明書の写し」等を添付してください。
  - ③ 御家庭で使用したことのない薬剤はお預かりすることはできません。
  - ④ 本人が服薬した後、しばらく様子を見ても、学習活動の継続が困難と思われる場合には、お迎えをお願いします。
  - ⑤ 御家庭で使用した場合には、必ず使用した日時を連絡帳等でお知らせください。