

医薬品使用の介助実施申請書（定時）

令和 年 月 日

福岡市立南福岡支援学校長 様

本校の「医薬品使用の介助に関する確認事項」の内容を同意の上、主治医の指示を受けて下記の通り、医薬品使用の介助の実施を申請します。

保護者 氏名 _____ 印

1. 児童生徒名	小・中・高 年 組 氏名		
2. 申請の内容	内服の介助 ・ その他（ ）		
3. 薬について	薬の名前	1回の量（個・mgなど）	使用時刻
4. 介助の仕方 薬の飲ませ方について詳しく記入してください。			
5. こぼしたりもどしたりした時の対処方法及び、主治医より配慮事項等あれば詳しく記入してください。			
6. 主治医	病院名：		
	主治医名：		
	病院 TEL：		
	主治医の指示を受けた日 令和 年 月 日		
7. 緊急連絡先 使用時に連絡がとれるところを優先順に記入	①	（続柄 ）	
	②	（続柄 ）	
	③	（続柄 ）	

医薬品使用の介助実施申請書（緊急時・坐薬）

令和 年 月 日

福岡市立南福岡特別支援学校長 様

本校の「医薬品使用の介助に関する確認事項」の内容を同意の上、主治医の指示を受けて下記の通り、医薬品使用の介助の実施を申請します。

保護者 氏名 印

1. 児童生徒名	小・中・高 年 組 氏名		
2. 申請の内容	坐薬の挿入		
3. 薬の名前・個数	薬の名前	1回に使う量	預け個数
	①	() mg を () 個・袋	() 個・袋
	②	() mg を () 個・袋	() 個・袋
	③	() mg を () 個・袋	() 個・袋
4. 使用の仕方 どのような症状が どれくらい続いた場合 に座薬を使用するのか 主治医の指示を具体的 に記入	①	②	③
	①	②	③
	①	②	③
6. 過去の緊急用薬 の使用	家庭や学校で使用したことがありますか？ はい（使用頻度： 、最終使用日： 年 月頃） いいえ		
7. 主治医	病院名：		
	主治医名：		
	病院 TEL：		
	主治医の指示を受けた日 令和 年 月 日		
8. 緊急連絡先 使用時に連絡がとれる ところを優先順に記入	①	(続柄)	
	②	(続柄)	
	③	(続柄)	
9. 緊急の坐薬を使用する場合に緊急連絡先に連絡がつかない場合は、学校判断で申請書通りに使用し、事後報告することに同意しますか。	(はい ・ いいえ)		
10. (9. に『いいえ』と答えられた方のみ) 緊急連絡先に連絡がつかない場合の対応			

医薬品使用の介助実施申請書（臨時・その他）

令和 年 月 日

福岡市立南福岡支援学校長 様

本校の「医薬品使用の介助に関する確認事項」の内容を同意の上、主治医の指示を受けて下記の通り、医薬品使用の介助の実施を申請します。

保護者 氏名 _____ 印

1. 児童生徒名	小・中・高 年 組 氏名		
2. 申請期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日		
3. 申請の内容	内服の介助・ 軟膏等の塗布・ 点眼薬の点眼 ・点鼻薬の点鼻 その他（ ）		
4. 薬について	薬の名前	1回の量（個・mgなど）	使用時刻
5. 使用の仕方 *どういう時に使用するか、塗布の場合、使用部位や塗る量なども記入してください。 *内服の場合は、飲ませ方について詳しく記入してください。			
6. 使用時の注意事項 *内服の場合は、こぼしたりもどしたりした時の対処方法を記入してください。			
7. 主治医	病院名：		
	主治医名：		
	病院 TEL：		
	主治医の指示を受けた日 令和 年 月 日		
8. 緊急連絡先 使用時に連絡がとれるところを優先順に記入	①	（続柄 ）	
	②	（続柄 ）	
	③	（続柄 ）	