

内容確認印	校長	教頭	教務	保健主事	部主事	養護教諭	担任	寮務主任・寄宿舎

服薬確認書（短期服用）

令和 年 月 日

茨城県立盲学校長 殿

以下の通り、学校で薬を服薬することを必要としますので、服薬確認書を提出します。

- ・服薬情報提供書又はお薬手帳等のコピーを添付してください。
- ・処方薬以外の薬（市販薬等）の介助は依頼できません。
- ・薬が変更、または薬の量に変更になった場合は改めて確認書を提出してください。
- ・災害時に備えて3日分の予備薬を提出してください。（寄宿舎生：寄宿舎へ 通学生：保健室へ）
- ・薬は服用分ごとに袋に入れ、氏名・曜日・服用時間を記入した上で預けてください。

※異なる病状で服薬依頼をする場合は、病状ごとに確認書を作成してください。（例：風邪と皮膚炎）

病状(症状)			服用期間		
			月 日()～		
			月 日()まで		
病院名：		医師名：		処方日： 年 月 日	
	名称	形態	量	服用時間	服薬方法
内服・外用					
連絡事項 ※服用期間が違う薬がある場合はここに記入してください。		医師または薬剤師から言われたことがあれば御記入ください。			

薬の管理方法について

該当するものにチェックしてください。

- 生徒本人が自己管理を行います。
- 職員見守り、管理の練習をお願いします。
- 服薬介助を依頼します。

幼 小 中 普 年

服薬自己管理チェック表をもとに✓を記入してください。

氏名 _____

保護者氏名（自署） _____