

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（定期服用、災害時、宿泊学習時）記入例 令和 7年 4月7日

茨城県立盲学校長 殿

以下のとおり、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、または薬の量が変わった場合は改めて依頼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。
- ・寄宿舎生は定期服用で提出している場合、泊を伴う行事時に再び提出する必要はありません。

病状(症状)例:てんかん、緑内障 など その他年間を通して服薬が必要な疾患			服用期間 R7 4月 7日 () ~ R8 3月 31日 () まで		
病院名: ○○総合病院		医師名: 茨城 太郎		処方日: R7 年 3月25日	
	名称	形態	量	服用時間	服薬方法
内服・外用	○○錠 100mg	錠剤	1錠	朝・夕食後	水で飲む
内服・外用	△△点眼液	点眼	1滴	朝・夕	自分で点眼
内服・外用	××点眼液	点眼	1滴	夕	自分で点眼
内服・外用					
内服・外用					
内服・外用					
内服・外用					
内服・外用					
内服・外用					
内服・外用					
内服・外用					
連絡事項		・△△点眼液をつけてから5分以上経過してから、××点眼液をつけます。 ・点眼は補助具を使用して自分でいきますので、見守りをお願いします。			

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。

服薬自己管理チェック表をもとに✓を記入してください。

幼 小 中 普 ○年
氏名 水戸 梅子
保護者氏名（自署） 水戸 花子