

- \*できるだけ自宅で服薬できるよう、かかりつけの医師と相談してください。
- \*病院から処方された薬に限ります。(市販の薬は不可) なお、解熱剤はお預かりできません。
- \*薬の内容、量に変更があった場合は、あらためておくすり依頼書を提出してください。
- \*薬は1回分ずつに分け、名前を書いてください。シロップは1回分を容器に入れ持参してください。
- \*この依頼書は使用終了後、ご家庭で保管をお願いします。また用紙が足りない場合は、担任へお伝えください。
- \*依頼された薬の使用については保護者の責任となりますので御了解の上、御提出ください。

### おくすり依頼書【定時薬】

① No. **1**  
 令和 ●年 **6**月 **1**日

本依頼書の記載のとおり、在校中の服薬支援を依頼します。

③ 病院名 (医師名) **臨海小児科**  
 医師名 ( **臨海 太郎** )

② 保護者氏名: **青海 花男**  
 (小) 中 **5**年 **2**組 氏名: **青海 花子**

与薬時間 (いつ)	何の薬 (薬の名前)	形状・量	使用方法
④ 昼食後 ※12:45頃	抗けいれん剤 (セレニカR)	白・顆粒・1包	そのまま・水と服用 (水に溶かす)
			そのまま・水と服用・水に溶かす その他 ( )
			そのまま・水と服用・水に溶かす その他 ( )
			そのまま・水と服用・水に溶かす その他 ( )
			そのまま・水と服用・水に溶かす その他 ( )
			そのまま・水と服用・水に溶かす その他 ( )
			そのまま・水と服用・水に溶かす その他 ( )
			そのまま・水と服用・水に溶かす その他 ( )

④について  
 「お薬情報のコピー」の添付あり → ④の記入を省略できます。  
 「お薬情報のコピー」の添付なし → ④に記入をお願いいたします。

④ <薬局でいただくお薬情報のコピーを添付してください>

青海 花子 様  
お薬の説明書です。  
●服用または使用する前に必ずお読み下さい。

令和●年3月31日  
ページ: 1 / 2

1	セレニカR錠 脳内のGABA濃度を増加し、けいれんを抑えます。	起床	朝	昼	夕	寝前		<small>主な副作用として、傾眠、無為、振戦、めまい、吐き気・嘔吐、胃部不快感、貧血、発疹、夜尿、体重増加などが報告されています。このような症状に気づいたら、担当の医師または薬剤師に相談してください。</small>
	1回200mg							

このように、時間帯や服用量がわかる文章のコピーを添付してください。

- \*できるだけ自宅で服薬できるよう、かかりつけの医師と相談してください。
- \*病院から処方された薬に限ります。(市販の薬は不可) なお、解熱剤はお預かりできません。
- \*薬は1回分ずつに分け、名前を書いてください。シロップは1回分を容器に入れ持参してください。
- \*この依頼書は使用終了後、ご家庭で保管をお願いします。また用紙が足りない場合は、担任へお伝えください。
- \*依頼された薬の使用については保護者の責任となりますので御了解の上、御提出ください。

### おくすり依頼書【臨時薬】

① No. 1  
令和 ●年 6月 1日

本依頼書の記載のとおり、在校中の服薬支援を依頼します。

③ 病院名 (医師名) **臨海小児科**  
医師名 ( **臨海 太郎** )

② 保護者氏名: **青海 花男**  
氏名: **青海 花子**  
小 中 5年 2組

④ 依頼期間	⑤ 病名または症状		
4月 1日～ 4月 2日	花粉症		
与薬時間 (いつ)	何の薬 (薬の名前)	形状・量	使用方法
⑥ 昼食後 ※12:45頃	抗ヒスタミン薬 (アレロック)	白・錠剤・1錠	そのまま・水と服用・水に溶かす その他 ( )
			そのまま・水と服用・水に溶かす その他 ( )
			そのまま・水と服用・水に溶かす その他 ( )
			そのまま・水と服用・水に溶かす その他 ( )
			そのまま・水と服用・水に溶かす その他 ( )
			そのまま・水と服用・水に溶かす その他 ( )

⑥について  
「お薬情報のコピー」の添付あり → ⑥の記入を省略できます。  
「お薬情報のコピー」の添付なし → ⑥に記入をお願いいたします。

⑥ <薬局でいただくお薬情報のコピーを添付してください>


受付No. 〇〇〇、〇〇〇

青海 花子 様 にお薬の説明書です。

●服用または使用する前に必ずお読み下さい。

令和●年 3月 31日

ページ: 1 / 2

1	アレロック	起床	朝	昼	夕	寝前		主な副作用として、眠気、けん怠感、口渇、腹部不快感、頭痛・頭重感、めまいなどが報告されています。このような症状に気づいたら、担当の医師または薬剤師に相談してください。
	アレルギー症状を消失もしくは和らげます。	和パ ジン塩酸塩口腔内崩壊錠 5mg						

このように、時間帯や服用量がわかる文章のコピーを添付してください。

<記入例> 緊急時薬

\* 病院から処方された薬に限ります。(市販の薬は不可) なお、解熱剤はお預かりできません。

\* 薬は1回分ずつに分け、名前を書いてください。

\* エピペンは毎日の通学リュックの前側に入れてください。

\* 薬の内容、量に変更があった場合は、あらためておくすり依頼書を提出してください。

① \* 依頼された薬の使用については保護者の責任となりますので御了解の上、御提出ください。

\* 薬局でいただくお薬情報のコピーを添付してください。

\* 主治医意見書(主治医記入)には「学校での緊急時の対応について」の欄に主治医による緊急時薬使用についての記載が必要となります。※すでにご提出いただいている場合は不要。

\* 緊急時薬は、保健室または本人の通学カバンで1年間お預かりします。保健室でお預かりした場合、使用しなかった緊急時薬を、次年度新しい薬が提出された後、御家庭へ返却いたします。

おくすり依頼書【緊急時薬】

② 令和 ●年6月10日

本依頼書の記載のとおり、主治医意見書に基づいて緊急時薬の服薬支援を依頼します。  
使用する際に、保護者へ連絡しますが、緊急度によって連絡が前後する場合があります。

③ 保護者氏名: 青海 花男  
小 中 5 年 2 組 氏名: 青海 花子

④ 病院名 臨海小児科  
(医師名) 医師名 ( 臨海 太郎 )

⑤

① 緊急時与薬使用時の連絡先(連絡が取れる可能性の高いところから記入)

i 氏名 青海 花男 (父携帯) 電話 (090) 1111-1111

ii 氏名 青海 花 (母携帯) 電話 (080) 1111-1111

② 薬品名および1回分使用量・効能・期限

薬品名	1回分量	効能	使用期限
ダイアップ	10mg	熱性けいれん予防	令和●年6月6日

③ この薬の使用経験(☑をつけてください)

ない  ある ( 2 回 ) 一番最近の使用 令和●年2月

④ その他、使用上の注意点等 【 保管方法 冷蔵保存: 要 ・ 不要 】