

保護者の皆様へ

北海道北見支援学校 保健室

学校における服薬管理について

本校では、食前食後など決まった時間に服薬が必要な児童生徒が多く在籍しています。また、近年児童生徒の増加により服薬をする児童生徒も多くなってきていますので、事故を防止するために学校での薬の預かり方法について、次のとおりに行います。保護者の皆様にはご理解とご協力をお願いします。

1. 学校における服薬管理について

次の条件を満たしており、医療機関で処方された薬のみを預かり、保護者に代わって与薬します。

- ① 児童生徒の容体が安定していること
- ② 医師の指示により、服薬が必要であること
- ③ 誤嚥の可能性や使用方法について、専門的な配慮が必要でないこと

2. 学校で扱う薬とその対応

薬の種類	対応
①日常薬	学校において、 <u>毎日定時に服用する</u> よう主治医の指示があった内服薬 例：抗てんかん薬、抗アレルギー薬、向精神薬等
②臨時薬	<u>短期的にその症状が軽減されるまで使用する</u> よう主治医の指示があった内服薬及び外用薬 例：風邪薬などの内服薬、目薬、塗り薬、吸入器、点鼻薬などの外用薬
③緊急薬	学校において、 <u>緊急時にやむを得ず使用する</u> よう主治医の指示があった薬。 例：坐薬、口腔内投与薬、エピペン、緊急薬内服、向精神薬などの頓服

※鎮痛剤の頓服は医師から処方されているものであってもお預かりできません。

服用しなければならないほどの痛みがある場合には、大きな疾患がある可能性も考慮し、自宅での休養か通院をお願いします。

3. 薬の預け方と提出書類

- ・薬は当日服用する量（1回分）のみ持たせてください。
- ・内服薬を預ける際は袋に入れ、氏名・飲む日時・量などを記入してください。
- ・外用薬を預ける際は容器に直接、氏名や用法を記入してください。

※塗り薬や点眼薬など小分けにすることが難しい場合は容器ごとお預かりさせていただきます。

預け方の例

内服薬**塗り薬****点眼薬**

（裏面も確認してください）

- ・薬を初めて預ける際には、**薬の他に必要書類（薬の説明書と使用依頼書）の提出をお願いします。**使用依頼書については、不足が生じた場合は学校のホームページからダウンロードしてご利用ください。
- ※必要書類が揃わない場合は服用できない場合がありますのでご了承ください。
- ・薬を持たせる際は連絡帳等にも「何用の薬で、いつどれくらいの量を使用・服用するのか」をご記入ください。

〈提出書類早見表〉

薬の種類	提出書類		
①日常薬	・ 薬の使用依頼書（様式①） ・ 薬の説明書		
②臨時薬	・ 薬の使用依頼書（様式②） ・ 薬の説明書		
③緊急薬	〈坐薬・口腔内投与薬〉 ・ 薬の使用依頼書（様式③-1） ・ 薬の説明書 ・ 診療情報提供書※ 1 ・ 保護者面談 ※ 2	〈エピペン・緊急内服薬〉 ・ 薬の使用依頼書（様式③-2） ・ 薬の説明書 ・ 学校生活管理指導表 ・ 保護者面談 ※ 2	〈向精神薬〉 ・ 薬の使用依頼書（様式③-3） ・ 薬の説明書 ・ 診療情報提供書※ 1 ・ 保護者面談 ※ 2

※1 診療情報提供書：医師側から学校あてに緊急薬を使用する状態や緊急時対応等を記載されたものです。
文書料が発生します。

※2 保護者面談：向精神薬と学校で初めて預かる薬の場合保護者と担任と養護教諭で面談を実施します。

提出書類の例

使用依賴書

様式①
業の使用依頼書（日常業）
令和 年 月 日
北海道北見支援学校長 様
部 年 組 児童生徒名 _____
保護者名 _____ 印 _____

薬の説明書

様		_____ 고객님의説明書です。(2種類)		平成18年 2月 7日
●服用する前に必ずお読み下さい。				
No.	なまえ、年齢・効果	のみかた	色・形、記号	注意事項
1	ユーエフエー 病気の細胞を抑えます	朝・昼・夕 1 1 1 全粒全乳 調製後 14日間 1日3回以上服用		◆消化器症状、ひどい下痢や発熱、口内炎、めまい、ふらつき、息切れ、体がだるい、黄熱等の気にならぬ症状が現れた時は、医師や薬剤師に相談して下さい。
ナシシロシロ錠 10mg		朝・昼・夕 1 1 1		◆飲みあわせに注意が必要な薬があります。飲

※薬によって様式が異なります。

学校生活管理指導表

学校生活管理指票表 (アレルギー疾患用)	氏名 男・女 平成 年 月 日生 (歳)	学校 年 組 提出日平成 年 月 日	
	病歴・治療		
アナフィラキシー (アレルギー性鼻炎など) 農薬アレルギー(アレルギー性鼻炎など)	A. 食糧アレルギー病歴 (食糧アレルギーありの場合のみ記載) 1. 卵アレルギー 2. アミノ酸アレルギー 3. 食物アレルギー検査でアフィラキシー B. アナフィラキシー病歴 (アナフィラキシーの既往ありの場合のみ記載) 1. 食物アレルギー検査でアフィラキシー 2. 食物アレルギー検査でアフィラキシー 3. 食物アレルギー検査でアフィラキシー 4. 食物アレルギー検査でアフィラキシー 5. その他 ()	学校生活上の留意点 A. 飲食 1. 管理不要 2. 保護者より決定 B. 運動・遊技など参加時、活動 1. 管理不要 2. 保護者より決定 C. 通学 (登校・下校時活動) 1. 管理不要 2. 保護者より決定 D. 遊びや学校外活動 1. 管理不要 2. 必要時イベントへの配慮が必要 E. その他 (保護者、管理事項 (自由記述))	本学医務室 提出日 平成 年 月 日 医師署名 () 医師印 ()
	B. 卵アレルギー・卵製品 該当する食品の番号に○をつけ、○内は卵製品を記載 1. 小麦、米粉製品 () 2. 小麦 () 3. 卵 () 4. バター () 5. チーズ () 6. 練乳、水牛乳 () 7. マヨネーズ () 8. 鶏肉 () 9. 魚肉 () 10. 肉類 () 11. その他 () 12. その他 () 13. その他 ()	備考 ① 卵製品をのりなどで○内記載 ② 卵製品をのりなどで○内記載 ③ 卵製品をのりなどで○内記載 ④ 卵製品をのりなどで○内記載	校長 年 月 日 医務室長 年 月 日 医務室長署名 ()

診療情報提供書

診 療 情 報 提 供 書			
紹介元医療機関等名			
担当医	科	先生	
		令和	年 月 日
紹介元医療機関の所在地及び名称			
電話番号			
医師氏名		印	
患者氏名			
患者住居所		性別 男 ・ 女	
電話番号			
生年 月 日	大・中・小・全	年 月 日 (歳)	職業
備考 名			

※エピペン・緊急内服薬のみ必要です。

※病院によって様式が異なります。

4. 薬の服用の確認と確認のための手順について

- ① 給食準備中に養護教諭が教室を回り、担任もしくは学級に所属する教員に薬を渡します。
- ② 給食後、養護教諭が教室を回り、服用の有無を確認します。
- ③ 服用確認後は、薬の空袋を連絡帳ファイルにいれ、その日のうちにご家庭へ返却します。

預け方などについてご不明な点がある場合は、保健室までお問い合わせください。

保健室（秋元・秦）

電話 0157-61-0071