臨時薬処方内容書

様式５－１

（主治医→校長）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　徳島県立徳島視覚支援学校長　殿

幼児児童生徒氏名　　　　　　　　　　　　　　　に対し、臨時薬に係る医療的ケアの実施を看護師に指示します。

　１　病名・症状

　２　学校・看護師への連絡事項（薬剤の種類・与薬時の注意等）

　　　　　□薬剤名：処方箋等のとおり

　　　　　□その他

令和　　　年　　　月　　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医療機関名

医師氏名

|  |
| --- |
|  |

様式５－２

（保護者→校長）

臨時薬実施依頼書

徳島県立徳島視覚支援学校長　殿

次に示す臨時薬に係る医療的ケアの実施を依頼したく、医師の「臨時薬処方内容書」に、薬の処方箋等を添えて申請いたします。

尚、受診に当たっては、医師及び薬剤師に「お薬手帳」を提示しています。

１　　　　　　部　　　　年（組）　幼児児童生徒氏名

２　臨時薬の内容（該当項目に○をつけてください。）

　　　　　　　　内服　　・　　軟膏塗布　　・　　点眼　　・　　その他（　　　　　　　　　　　　　）

　　　　　　　　　　　　　　　　　詳細は臨時薬処方内容書とおり

３　実施に当たり留意する点（手順や飲ませ方など具体的に）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　４　臨時薬実施期間　　令和　　年　　月　　日　から　令和　　年　　月　　日　まで

令和　　　年　　　月　　　日

保護者氏名

＊薬の処方箋、薬剤情報提供書、お薬手帳のいずれかの写しを添付

校内回覧用

校内医療的ケア検討委員会承諾書

主治医指示のとおり、医療的ケアを実施することを、承諾します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 校長 | 教頭 | 学部長 | 保健  主事 | 主任 | 養護  教諭 | 看護師 | | 担任 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |