

令和6年4月8日

保護者の皆様

松江市立鹿島東小学校
校長 伊達 悟

学校での薬の取り扱いについて

時下、皆様にはますますご健勝のことと存じます。

平素より、本校の教育の推進につきましては、格別のご理解とご支援、ご協力をいただき、厚くお礼申し上げます。

昨今、薬を取り違えたり、誤った使用方法をしたりすることで、健康を害する事案が報告されています。本校におきましても検討した結果、児童の安全や健康管理の観点から、下記のとおりすることといたしました。

つきましては、下記の内容をご確認の上、ご理解をいただき、ご協力くださいますようお願いいたします。

記

[留意事項]

①薬の持参について

- 市販薬を持参することは原則禁止です。(副作用が現れる可能性があるため)
- 医療機関で処方された薬を持参する場合
 - ・連絡帳等で持参している旨をお知らせください。
 - ・薬の管理は**お子様本人が保管することを原則**とします。**必ず薬に記名**をお願いします。
 - ・冷蔵保管が必要な薬など、お子様本人が保管しておくことが困難な場合は、医療機関で処方された薬に限り、保護者の方に「**預かり依頼書**」(裏面参照)を提出していただき保健室で保管します。「**預かり依頼書**」が必要な場合は学校にご相談ください。

②薬の服用について

- 教職員は児童に対して「薬を飲ませる」「目薬をさす」などの薬を与える行為はできません。医療行為にあたるため、教職員は声掛けや見守りのみの対応となります。
(点眼薬の点眼や、軟膏などの塗布も同様です)
お子様が自分で服薬できるよう、ご家庭で練習や声掛けをお願いいたします。
- 必要に応じて、服用回数を朝・夕のみの処方にしてもらう等、医療機関へご相談ください。
- 医師の処方上やむを得ず、保護者の依頼に基づき教職員が与薬(薬を飲ませる)をする必要がある場合は「**与薬依頼書**」(裏面参照)を提出していただきますので学校までご相談ください。

※ご不明な点等ありましたら、学校(養護 入澤)までお問い合わせください。

預かり依頼書（参考例）

| 医療用医薬品預り書（依頼書） | | | | |
|--------------------------|------------------|-------------|-------|-----------|
| （松江市立群島東小学校） | | | | |
| （ふりがな） 児童氏名 | | 性別 | 男・女 | |
| 学年 | 年 担任名（ ） | 生年月日 | 年 月 日 | |
| 診断名 | | | | |
| 主な症状等 | | | | |
| 学校生活での注意事項 | | | | |
| 緊急時の対応についての 注意事項 | | | | |
| 医療機関 について | 現在使用している 医薬品名 | | | |
| | 使用にあたっての 注意事項 | | | |
| | 保管についての 注意事項 | 使用期限・その他（ ） | | |
| 薬物アレルギーの有無 | 有・無 | 医薬品名（ ） | | |
| 医療機関 情報 | 医療機関名 | | | |
| | 住所 | | | |
| | 電話番号 | | | |
| | 主治医名 | | | |
| 緊急時連絡先 （優先順に記入してください） | 優先連絡順 | 氏名 | 続柄 | 連絡先（電話番号） |
| | ① | | | |
| | ② | | | |
| | ③ | | | |
| その他の連絡事項 | | | | |

学校における自治上の取組及び緊急時の対応に活用するため、本表に記載された内容を教職員で共有することに同意します。

令和 年 月 日 保護者氏名

与薬依頼書（参考例）

| 与薬依頼書 | | | | |
|------------------------------------|--|-------------------|--|-----------|
| 医師から与薬の指示がありましたので、学校での与薬支援をお願いします。 | | | | |
| 令和 年 月 日記入 | | | | |
| 保護者氏名 _____ | | | | |
| （ふりがな） 児童氏名 | | 性別 | 男・女 | |
| 学年 | 年 担任名（ ） | 生年月日 | 年 月 日 | |
| 受診日 | 令和 年 月 日 | 医療機関名 | | |
| 病名 （または症状） | | | | |
| 内容 | 風邪薬・抗生物質・せき止め・整腸剤・痛み止め・吐き気止めアレルギー薬・胃薬・その他（ ） | | | |
| 形状 | 内服薬 | 粉 ・ 液体（シロップ） ・ 錠剤 | | |
| | 外用薬 | 軟膏/クリーム（塗る部位） | 点眼薬（右・左・両眼） 点鼻薬（右・左・両鼻腔） 点耳薬（右・左・両耳） | |
| 薬の数（1回分） | （包・錠・回・滴・枚） | | | |
| 時間 | 昼食前・昼食後・食間・指定時間（ 時 分） その他（具体的に） | | | |
| 保管方法 | 常温・冷蔵庫・その他（ ） | | | |
| その他連絡事項 | 飲ませ方等、注意することがあればお知らせください。 | | | |
| 緊急時連絡先 （優先順に記入してください） | 優先順 | 氏名 | 続柄 | 連絡先（電話番号） |
| | ① | | | |
| | ② | | | |
| | ③ | | | |

与薬終了【 月 日：保護者サイン _____ 】