

令和8年4月25日

保護者様

三原市立須波小学校  
校長 福原 喜美子

## 学校における薬の取り扱いについて(お願い)

平素より本校の教育活動にご支援ご協力を頂きまして、誠にありがとうございます。

お子様の健康管理において、学校生活時間中の服薬が必要な場合は、下記の対応となります。安全管理にご理解とご協力をお願いします。

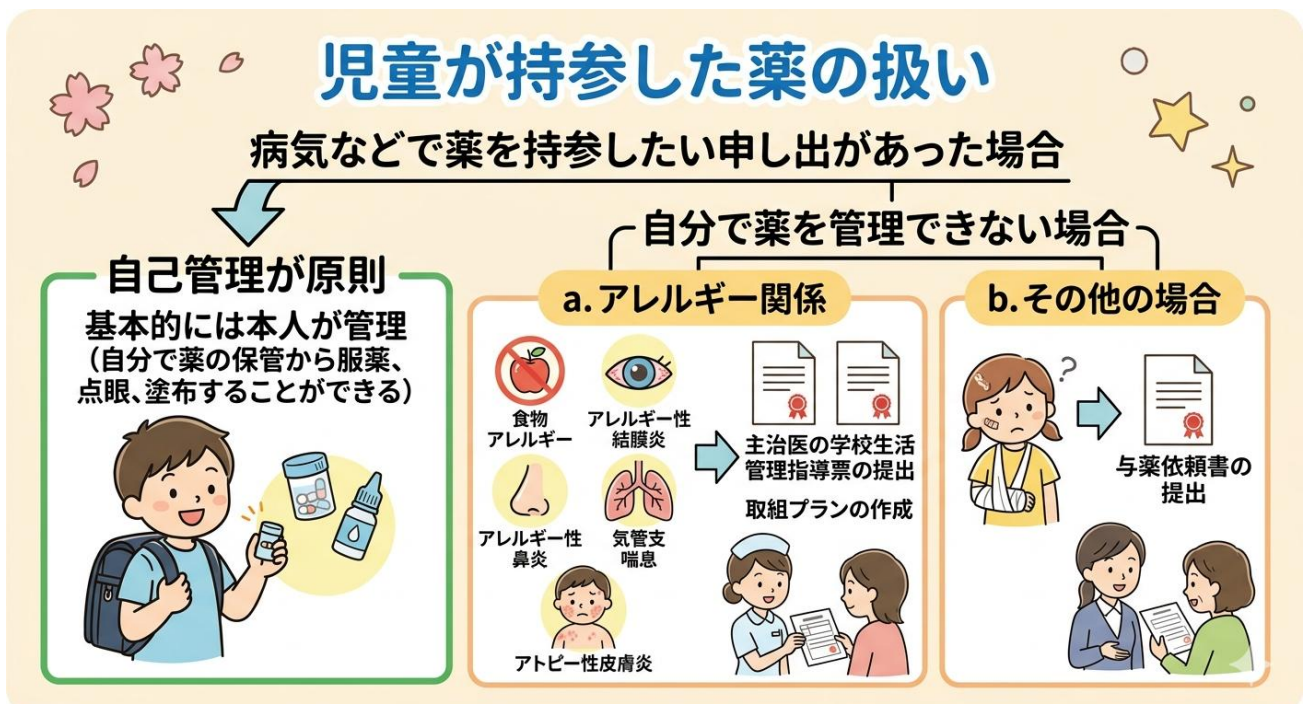
### 1. 原則として

- **自己管理**: 児童本人が薬の保管、服薬・点眼・塗布等を行います。
- **家庭での服薬**: 医師と相談し、可能な限り「朝・夕」や「帰宅後」など、学校生活時間以外に服薬できるように調整をお願いします。
- **市販薬の禁止**: 原則として、医師から処方された薬のみを対象とします。

### 2. 職員の補助が必要な場合の手順

学校で薬を服薬・点眼・塗布する際に職員の補助が必要な場合は、次の3点を学校に提出してください。

1. **与薬依頼書**: 必要事項(薬の名前、時間、用法など)を記入したもの。
2. **薬剤情報提供書**: できれば、お薬の説明書のコピーをつけてください。
3. **薬本体**: 1回分ずつに分け、袋に「児童名」を明記してください。



## 与薬依頼書（預かり薬）

令和 年 月 日

須波小学校長 様

医師の診療を受けたところ、次の通り指示がありましたので、学校での与薬をお願いします。なお、与薬の責任は、保護者とします。

※保護者の判断だけで与薬している薬は、取り扱いしません。

年 児童氏名

---

保護者氏名

---

主治医	医療機関名				
	医師名				
	連絡先				
病名 (症状でも可)					
薬の用途 (薬品名でも可)					
薬の種類と量	種類 (該当に○)	錠剤	粉薬	坐薬	その他
	1回量	錠	包	mgを 個	
	預ける量	錠	包	mgを 個	
保管方法		常温 ・ 冷蔵庫 ・ その他 ( )			
与薬時間		食前 ・ 食間 ( 時 ) ・ 食後 ・ その他 ( )			
与薬が必要な時の 状況		※医師から指示を受けたことのみを記入してください。 ※どのような時、どれだけの量を、どのように用いるか。			
与薬前の保護者への連絡		(どちらかに○)		必要 ・ 事後承認で可	
「薬剤情報提供書」添付		(どちらかに○)		有 ・ 無	