



COMMUNITY CONSOLIDATED SCHOOL DISTRICT 15

医薬品投与に関する同意書

生徒氏名		生年月日	
保護者		電話番号	
アレルギーの有無		学年	

学区15としては、お子様への医薬品投与に対し主たる責任を有するのは保護者であると考えています。よって、教育委員会では通常の授業時間および学校関連の活動期間中の医薬品投与については、生徒の健康と福祉において必要不可欠とされない限り認めていません。学校での医薬品投与にあたっては、各種処方箋・非処方箋(OTC医薬品)について、毎学年度に生徒の保護者および担当医師／認定処方医により本書式への記入・署名を行っていただく必要があります。

学校で投与する医薬品は、必ず薬局や医療機関で入手した時の調剤ラベル付き容器、またはOTC医薬品購入時の容器で持参するものとし、以下を明確に記したラベルを付してください。

1.生徒氏名 2.医薬品名および投与量 3.医薬品投与スケジュール

医薬品は必ず保護者が学校に持参し、養護教諭の確認を得てください。年度末時点で使い残した医薬品は、必ず保護者が引き取るか、破棄する必要があります。

担当医師／認定処方医が記入してください

投薬治療の理由／診断: _____

在校時の医薬品の投与は必要不可欠ですか? ☐ はい ☐ いいえ

医薬品名: _____

投与量: _____ 投与方法: _____ 頻度／所定回数: _____

起こり得る有害反応(副作用): _____

コメント／追加の指示: _____

その他生徒が使用・服用中の医薬品: _____

学年度 _____ 開始日 _____ 終了日 _____ ☐ 緊急時対応計画の添付

認定処方医の氏名(楷書体記名または押印) _____

認定処方医の住所: _____

認定処方医の電話番号: _____ FAX番号 _____

認定処方医の署名 _____ 日付 _____

保護者全員が記入してください

私は、本学区の医薬品に関する方針および手順を確認し、理解したことをここに認めます。以下に署名することで、私は子供への医薬品投与について主たる責任を負うことに同意します。ただし、万一そうした責任を私が負えない場合や医療上の緊急事態が発生した場合には、本学区、学校職員、代理人が私に代わって前述のとおり合法的に処方された薬を私の子供に投与する、または投与しようと試みる(あるいは州法および教育委員会の方針に従い、本学区の職員および代理人の監視の下、私の子供に薬の自己投与を許可する)ことをここに許可します。その中には、指定されていない喘息治療薬、エピネフリン注射薬、またはオピオイド遮断薬を、本学区がこうした指定されていない医薬品を常備している限りにおいて、私の子供に喘息エピソード、アナフィラキシー反応やオピオイドの過剰摂取があると合理的に信ずることができる場合、こうした反応について私が把握しているかどうかに関わらず、子供に薬を与えることが含まれます。私は、子供への医薬品の投与が養護教諭以外の個人によって行われる必要性が生じる場合があることを認め、特にそのような行為に対して同意します。私は、喘息治療薬、エピネフリン注射薬、または適格計画の下で必要な治療薬を含む医薬品の投与、もしくは私の子供による医薬品の自己投与に起因するすべての請求から(故意かつ軽率な行為に基づく請求を除く)、本学区、学校職員、代理人を補償し免責することに同意します。

保護者の署名 _____ 日付 _____