



学校職員による処方薬の投与依頼書
(エピネフリン、吸入薬、またはてんかん薬には使用しません)

Request for Administration of Prescription Medication by School Personnel
(not to be used for Epinephrine, Inhalers, or Seizure Medications)

生徒氏名： _____ 生年月日： _____ 学校/学年/担任： _____

- 本用紙の第1欄 (Section I) は、毎年度ごとに当該生徒のオハイオ州に認可された医療従事者が記入・署名してください。
- 第2欄 (Section II) は、保護者が毎年度ごとに記入・署名しなければなりません。
- この書類が完成し、生徒の健康記録に保管されるまで、学校職員による薬の投与は行われません。薬ごとに別の用紙が必要です。
- 薬は医師・薬剤師または製造元から調剤された元の容器に入ったまま持参し、学校の保健室で保管されます。

I. Prescriber's Section

Prescriber's name/title (printed): _____ Phone: _____

This is to certify that the student named above is under my care and should receive the following medication at the following times during the school day:

Medication name and strength	
Dose	
Route	
Time (during school or school activity)	
Severe adverse reactions to be reported to prescriber	
Special instructions for administration	
Possible side effects	
Special storage instructions	
Starting & ending date of this request	Start _____ End _____

Prescriber's signature/title: _____ Date: _____

Address: _____ Emergency contact #: _____

II. 保護者記入欄

私は、医療提供者からの具体的な書面による指示に従い、学区職員が私の子どもにこの処方薬を投与することをここに要請し、許可します。また、これに関連して依頼された援助を行う、または行わないことによって生じた損害・疾病・けがについて、学校職員および教育委員会の責任を免除します。

この薬を学校の保健室に届けるのは私の責任であり、医療提供者が変更になった場合や、この薬の服用が必要なくなった場合は、直ちに学校に連絡します。

上記の薬について変更がある場合は、「学校職員による処方薬投与依頼書 (Form 5330 F1)」の改訂版を提出することに同意します。

この薬は、医療資格を持たない学校職員が必要な学区研修を修了するまでは、学校看護師または私自身のみが投与できることを理解しています。学校看護師のような医療資格を持つ者が不在の場合は、指定された研修済みの職員のみが投与を行うことが許可されます。

課外活動にこの薬が必要な場合は、子どもの課外活動を監督する学校職員に、別の用量を提供することに同意します。

また、医療管理上必要に応じて、処方した医療提供者またはクリニック、学校看護師、学校医療顧問、および学校併設の保健クリニックとの間での連絡・情報共有に同意します。

保護者署名: _____ 日付: _____

住所: _____ 日中連絡先: _____

