



学校職員による処方薬の投与依頼書

Request for Administration of Nonprescription Medication by School Personnel

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

- 保護者は、毎年度の初めにこの用紙を記入し、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、学校職員は学校で市販薬を投与することはできません。
- 薬ごとに別の用紙が必要です。
- アスピリン（ライ症候群との関連があるため）、坐薬、またはG/JGチューブからの投与が必要な薬は、オハイオ州認可の医療従事者による依頼書がない限り投与できません。（Form 5330 F1をご参照ください。）
- 小学校の生徒に対する市販薬は、すべて保健室で保管します。生徒が携帯することはできません。
- 保護者は、生徒が使用する薬を必ず元の製品パッケージに入った状態で提出しなければなりません。

薬名 Medication	
服用量（メーカーの用量を超える場合は、オハイオ州認可の医療従事者による指示が必要です。Form 5330 F1参照）。 Dosage	
投与の時間・状況 Time/circumstances	
保護者に報告すべき重篤な副作用 Severe adverse reactions - report to parents	
投与に関する具体的な指示 Specific instructions for administration	
保管に関する特別な指示。 Storage	
この依頼の開始日・終了日。 Start / End	開始日 _____ 終了日 _____

私は、上記の書面による具体的な指示に従い、学区職員が私の子どもにこの薬を投与することをここに要請し、許可します。依頼された援助を行うことによって、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、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。

上記の薬に変更がある場合は、「学校職員による市販薬投与依頼書（Form 5330 F1a）」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。

保護者署名： _____ 日付： _____

住所： _____ 日中連絡先： _____

