



保護者の方々へのお知らせ –
処方薬投与の合意および詳細の確認

Letter to parents confirming arrangements for administration of
prescribed medication

保護者各位

本書面をもちまして、本校は保護者の方々のご要望に応じて、お子様への処方薬投与に合意いたします。投与を行う時間に関しましては、諸事情によりやむを得ず多少のずれが生じる場合もあり得ますが、可能な限りご要望どおりのお時間(下記参照)に行えるよう努めます。この点に関して何かご懸念がございましたら、本校学校長までご連絡ください。

本校はまた、医薬品が下記記載の者により学校まで持参または届けられることにも同意いたします。

処方薬および関連器具は、必要に応じて学校までお持ちいただく必要があります。予め手配された方法で処方薬を届けられない場合は、代替の方法を協議するため、学校長までご連絡ください。

校内におけるお子様の健康管理に対して、学校職員はすべて積極的にサポートを申し出ております。学校は、この取り決めに対して年に一度見直しを行い、問題点あるいはより良い手配の可能性について検討します。また、お子様の健康管理上のニーズに変化が生じたり、何らかの事情で取り決め通りの処方薬投与ができなくなった場合にも、同様に再検討が行われます。

もしも何らかの理由で、お子様の健康管理上のニーズに変化があった場合には、どんなことでも早急に当校までお知らせください。これらの手配について何かご懸念や疑問点をお持ちの際は、いつでも当校までご連絡いただきますようお願い申し上げます。

何らかの事情で取り決め通りの処方薬投与ができなくなった場合、学校は当フォームにご記入いただいた電話番号に連絡いたします。

生徒氏名 _____ クラス名 _____
Name of student _____ Class _____

学校に医薬品を持参する者の氏名 _____
Name of person delivering the medication to school _____

医薬品の投与時間 _____
Time/s of administration of medication _____

学校長名 _____
Name of Principal _____

学校長署名 _____ 日付 _____
Signature of Principal _____ Date _____

以下の項目は、生徒による処方薬の自己投与をご希望の方のみを対象としています。

生徒による処方薬自己投与の要請 (SELF MEDICATION REQUEST)

ご提出いただきました要請に対して、学校は諸事情を考慮に入れ慎重に検討を行いました。
お子様による処方薬自己投与の要請は：

承認されました。当校は、ご要請いただきました処方薬の自己投与に関して、引き続きサポートいたします。(supported. The school will continue to work with you to support your child in managing the administration of this medication.)

承認されませんでした。本件について話し合うため、学校へご連絡ください。(not supported, please contact the school.)