

↓ 英語でご記入ください

Day Month Year

★原則16歳以上の生徒のみ対象★

↓ 学院側で記入します

Risk Assessment	
-----------------	--

↓ 該当するものに○をしてください

↓ 該当するものに○をしてください

氏名 Name		誕生日 Date of Birth	/	/
------------	--	----------------------	---	---

学年 Grade	P	M1	M2	M3	学期 Term	1st	2nd	3rd
		H1	H2	H3				

< 定期内服・使用薬 > Regular medicine

日本名 Name of medicine (JPN)	英語名 Name of medicine (ENG)	処方 Prescribed	市販 OTC	使用目的 Reason	用法・容量 Direction	持参数 Quantity

< 頓服薬 > Not Regular medicine

日本名 Name of medicine (JPN)	英語名 Name of medicine (ENG)	処方 Prescribed	市販 OTC	使用目的 Reason	用法・容量 Direction	持参数 Quantity

薬の自己管理にあたり、以下についてご確認・ご署名ください。

< 本人の誓約 >

薬を医師、または、添付文書等の指示通りに服用・使用することを約束します。

薬を友人に譲ったり、貸したりすることは決してしません。

薬は鍵のかかる場所に管理し、誤って他の人の手に渡ることがないようにします。

薬を服用・使用していて、体調がおかしいと感じた時は、すぐに服用・使用を止め、必ず保健室に申告します。

万が一、適切な自己管理ができていないと判断された場合には、自己管理が中止されることを了解します。

I promise to take my medicine as instructed. I will never give or lend my medicine to others. I will keep my medicine safe in a locked place to make sure others cannot have my medicine. If I felt something wrong by taking medicine, I would stop taking it and talk to a surgery staff about it. I understand if I do not obey self medication rules, I will lose the right to do self medication.

Day Month Year

Date : / /

Signature of Student :

< 保護者の同意 >

子どもが自分で責任をもって薬を管理することに同意します。

I here by agree that said chld is capable of self medication.

Day Month Year

Date : / /

Signature of Parent / Guardian :