

医薬品依頼書 (薬の説明書は一包化した薬と同封する)

医師の指示により学校生活時間内に服薬等が必要ですので、下記の通りお願いいたします。

ふりがな		生年月日 (西暦)	
年	組	番	氏名
診断名		処方医療機関名・主治医	
主な症状			
学校生活での注意事項			
緊急時の対応についての注意事項			
服薬開始 <input type="checkbox"/> 年 月 日 ~ 年 月 日 まで <input type="checkbox"/> 医師の指示があるまで <input type="checkbox"/> その他 ()			
薬の保管場所		<input type="checkbox"/> 自己管理 (在処) <input type="checkbox"/> 保健室 (常温・冷蔵庫)	
薬の名称	①	②	③
時間	<input type="checkbox"/> 食前 <input type="checkbox"/> 食後 <input type="checkbox"/> 緊急時 <input type="checkbox"/> 他	<input type="checkbox"/> 食前 <input type="checkbox"/> 食後 <input type="checkbox"/> 緊急時 <input type="checkbox"/> 他	<input type="checkbox"/> 食前 <input type="checkbox"/> 食後 <input type="checkbox"/> 緊急時 <input type="checkbox"/> 他
種類・量	<input type="checkbox"/> 粉末 包 <input type="checkbox"/> 錠剤 錠 <input type="checkbox"/> 目薬 滴 <input type="checkbox"/> 他	<input type="checkbox"/> 粉末 包 <input type="checkbox"/> 錠剤 錠 <input type="checkbox"/> 目薬 滴 <input type="checkbox"/> 他	<input type="checkbox"/> 粉末 包 <input type="checkbox"/> 錠剤 錠 <input type="checkbox"/> 目薬 滴 <input type="checkbox"/> 他
方法	★介助の 有 ・ 無 <input type="checkbox"/> 飲む <input type="checkbox"/> さす <input type="checkbox"/> ぬる <input type="checkbox"/> その他 ()	★介助の 有 ・ 無 <input type="checkbox"/> 飲む <input type="checkbox"/> さす <input type="checkbox"/> ぬる <input type="checkbox"/> その他 ()	★介助の 有 ・ 無 <input type="checkbox"/> 飲む <input type="checkbox"/> さす <input type="checkbox"/> ぬる <input type="checkbox"/> その他 ()
連絡事項			

★以下、にチェックをしてからご提出ください。

- 学校で使用する薬は、医療用医薬品に限ります。
- 別紙「学校における児童の薬の使用について」の内容を確認及び了承しました。
- 与薬の責任は保護者とします。
- 学校における日常の取組及び緊急時の対応に活用するため、本表に記載された内容を教職員で共有することに同意します。

依頼日 年 月 日

保護者氏名 _____



緊急連絡先 _____ ()

間柄