薬の使用依頼書（内服薬・外用薬）

令和　　　年　　月　　日

安曇養護学校長　様

　　　　　部　児童生徒氏名

保護者氏名

医師の指示により、下記の薬を使用する必要があります。つきましては、学校において下記のとおり

使用の確認と介助をお願いします。なお、この薬の使用については保護者が責任を持ちます。

記

１　病名（または依頼する理由）

２　使用期間　　　　　　年　　　　月　　　　日　　　　～　　　　年　　　　月　　　　日

３　内服薬・外用薬内容（裏面あり）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 朝 | 昼 | 夕 |
| 薬品名  使用量 |  |  |  |
| 薬の種類 | 粉薬　錠剤　水薬　カプセル  塗薬　点鼻薬　点眼薬  その他 | 粉薬　錠剤　水薬　カプセル  塗薬　　点鼻薬　　点眼薬  その他 | 粉薬　錠剤　水薬　カプセル  塗薬　　点鼻薬　　点眼薬  その他 |
| 使用時間 | 食前　食後　食間（　　：　　）  起床時  その他の時間（　　　　　　　） | 食前　食後　食間（　　：　　）  その他の時間（　　　　　　　） | 食前　食後　食間（　　：　　）  就寝前  その他の時間（　　　　　　　） |
| 使用方法 | そのまま　　少量の水で溶く　　　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  介助の方法（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |
| 保管場所 | 本人が保管する　　　　教職員が保管する　　　　保健室で保管する | | |
| 保管方法 | 常温保存　　　　冷蔵保存　　その他 | | |
| 注意事項 |  | | |
| 医療機関及び  主治医名 |  | | |

＊薬袋には、一回毎に氏名を記入してください。

＊処方時に出される「お薬の説明書」のコピーを添付してください。

＊変更がある場合は、その都度用紙を提出してください。