

<様式1>

## 薬の使用依頼書（内服薬・外用薬）

令和 年 月 日

木曾養護学校長 様

部 児童生徒氏名

保護者名(自署)

印

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 \_\_\_\_\_
- 2 使用期間 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ~ \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日
- 3 内服薬・外用薬内容

	朝	昼	夕	その他
薬品名				
使用量				
薬の種類	粉薬 錠剤 水薬 カプセル その他	粉薬 錠剤 水薬 カプセル その他	粉薬 錠剤 水薬 カプセル その他	粉薬 錠剤 水薬 カプセル その他
使用時間	食前 食後 食間 ( ) その他時間 ( )	食前 食後 食間 ( ) その他時間 ( )	食前 食後 食間 ( ) その他時間 ( )	食前 食後 食間 ( ) その他時間 ( )
使用方法	そのまま 少量の水で溶く その他 ( ) 介助の方法 ( )			
保管方法	本人が保管する	担任・寄宿舍職員が保管する	保健室で保管する	
注意事項				
医療機関名				