

<様式1 定時薬>

## 薬の使用依頼書（内服薬・外用薬）

令和 年 月 日

長野県寿台養護学校長 様

部 児童生徒氏名

保護者名(自署)

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

内服薬・外用薬内容（学校にいる時間帯に使用する薬について記入してください）

薬品名	①	②	③
一回使用量			
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
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 ( )
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	担任が保管する	保健室で保管する
注意事項			
医療機関名			

- \*薬は、一回分毎に袋に入れ、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。