

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)

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

薬品名	①	②	③
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。