

臨時医薬品使用依頼書

千葉県立八日市場特別支援学校長 様

部 年 組

児童・生徒氏名

保護者氏名 印

医療機関より処方があった医薬品の使用について、下記のとおり介助をお願いします。

記

医療機関名	旭中央病院・千葉リハ・その他（ ）		
薬剤名	何の薬	1回分の量	
使用時間			
使用方法			
使用期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日		

医薬品依頼内容・使用介助者確認

	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()
内容確認者 サイン							
介助者 サイン							

(塗り薬、目薬等しばらく使用するものは医薬品使用確認用紙を使用)

- ※ 風邪などで通院して薬を処方され、学校でも使用が必要な場合に、その都度記入して提出してください。
- ※ 内服薬は、1回分ずつに分けて持たせてください。
- ※ 塗り薬、湿布薬、目薬、点鼻薬なども、この依頼書を添えてください。
- ※ 一般の市販薬は、お預かりできません。医師からの処方があった薬のみお預かりします。

依頼書は受け取ったらコピーを保健室へ**使用期間終了後、原本は保健室保管**

