

様式 2

臨時の医薬品使用の介助依頼書

令和 年 月 日

千葉県立長生特別支援学校長 宛

児童生徒氏名 _____

保護者氏名 _____ (印)

医薬品使用の介助を、下記のとおり依頼いたします。

処方医療機関名	こども病院・千葉リハ・その他()
病名又は症状	
何の薬(薬の名前)	
使用時間	食前・食後・食間・その他()
医薬品の量	粉末 包/錠剤 錠/水薬 cc /その他()
医薬品使用の介助期間	令和 年 月 日 ~ 月 日
方法	自分で飲む・口に入れてあげる・はる・ぬる その他()
注意事項等	

※医療機関で処方された薬のみ、お預かりします。(処方内容説明書を一緒に持たせて下さい)

※毎日、1回分ずつ薬を持たせてください。

→水薬も1回分ずつに分けてください。

→塗り薬や点眼薬など1回分に分けられないものは、容器のままでも結構です。

様式 2

臨時の医薬品使用の介助依頼書

令和 年 月 日

千葉県立長生特別支援学校長 宛

児童生徒氏名 _____

保護者氏名 _____ (印)

医薬品使用の介助を、下記のとおり依頼いたします。

処方医療機関名	こども病院・千葉リハ・その他()
病名又は症状	
何の薬(薬の名前)	
使用時間	食前・食後・食間・その他()
医薬品の量	粉末 包/錠剤 錠/水薬 cc /その他()
医薬品使用の介助期間	令和 年 月 日 ~ 月 日
方法	自分で飲む・口に入れてあげる・はる・ぬる その他()
注意事項等	

※医療機関で処方された薬のみ、お預かりします。(処方内容説明書を一緒に持たせて下さい)

※毎日、1回分ずつ薬を持たせてください。

→水薬も1回分ずつに分けてください。

→塗り薬や点眼薬など1回分に分けられないものは、容器のままでも結構です。