

臨時医薬品使用依頼書

千葉県立栄特別支援学校長 様

部 年 組

児童・生徒氏名

保護者氏名

医療機関より処方のある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			
薬剤名	何の薬	1回分の量	
使用時間	(例)昼食後、10時と14時など		
使用方法			

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							

- 一般市販薬は、お預かりできません。医師からの処方のある薬のみお預かりできます。
- 内服薬は、1回分ずつに分けて持たせてください。
- 湿布薬、目薬、点鼻薬も、この依頼書を添えてください。
*塗り薬はステロイド入りのみ、この依頼書が必要になります。その他の塗り薬(ワセリン・ヒルドイドローションなど)については、この依頼書は不要です。

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