

太枠内をご記入ください。

様式1

# 医薬品の使用介助依頼書

令和 年 月 日

松江養護学校長 様

医薬品を使用するため、学校において下記のとおり医薬品使用の介助を依頼いたします。

用法用量については、説明書（※）のコピーを添付します。

（※薬の説明書とは、医療機関や薬局から発行される薬の名前や用法容量などが記載されたものです。）

使用の介助を依頼する期間									
令和	年	月	日	から	令和	年	月	日	まで
終了まで									
（※期間について、内服薬以外の医薬品で終了日が定まらない場合は「終了まで」を○で囲んでください。）									
児童生徒氏名					保護者氏名				

- ※ 薬の説明書のコピーが提出できない場合は、裏面をご記入ください。
- ※ 提出していただいた薬の説明書のコピーにつきましては、医薬品の使用期間が過ぎたら学校で破棄させていただきます。
- ※ 記入内容に誤りや記入漏れがある場合は、訂正していただいた後の介助開始になります。
- ※ 処方内容に変更があった場合や、処方内容に変更はないが同じ薬を再度処方された場合も新たに医薬品の使用介助依頼書（様式1）と薬の説明書のコピーをご提出ください。

(薬の説明書を提出できない場合のみご記入ください。)

【医薬品の内容】

医薬品の名前 (1つずつ記入)	形状	1回の用量	時間	使用するにあたっての 留意事項
	カプセル剤 錠剤 散(粒)剤 液剤 その他_____		朝・昼・夕 食間____時 食前 食後 その他_____	

【医療機関名】