

薬（短期使用薬・常用薬）に関する依頼書

（小・中）学部\_\_\_\_\_年

児童生徒氏名\_\_\_\_\_

医師の指示により、学校生活において、（短期使用薬・常用薬）の服用等の必要があるので、保護者に代わり与薬の介助をお願いします。

なお、この薬の使用につきましては、保護者が責任を持ちます。

薬の名称	
医療機関・医師名 連絡先	( ) 病院・医院 医師名 ( ) 電話番号 ( - - )
病名(または病状)	
使用する期間	・令和 年 月 日 ~ <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 医師の指示があるまで
使用する時間	<input type="checkbox"/> 食前(朝・昼・夕) <input type="checkbox"/> 食後(朝・昼・夕) <input type="checkbox"/> その他( )
種類及び1回量	<input type="checkbox"/> 粉薬 _____包 <input type="checkbox"/> 錠剤 _____錠 <input type="checkbox"/> 目薬 _____滴 <input type="checkbox"/> その他( )
使用方法	<input type="checkbox"/> 飲む <input type="checkbox"/> さす <input type="checkbox"/> 塗る <input type="checkbox"/> その他( )
介助内容	<input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 介助( )
保管方法・場所	<input type="checkbox"/> 常温 <input type="checkbox"/> 冷蔵庫 <input type="checkbox"/> 自己管理(保管場所: )
薬の使用に当たっての注意事項	

令和 年 月 日

保護者氏名 \_\_\_\_\_ 印

緊急連絡先① \_\_\_\_\_

緊急連絡先② \_\_\_\_\_