

薬の使用依頼書

令和 年 月 日

栃木市立静和小学校長 様

年 組 児童名

保護者名（自署）

印

医師の指示により、下記の薬を学校内で使用する必要があります。

なお、この薬の使用については保護者が責任を持ちます。

薬の使用を必要とする 病名・診断名・症状			
薬品名			
薬を使用する期間	・ 月 日まで ・ 医師の指示の変更が あるまで通年毎日使用	・ 月 日まで ・ 医師の指示の変更が あるまで通年毎日使用	・ 月 日まで ・ 医師の指示の変更が あるまで通年毎日使用
使用時刻・タイミング	食前 食後 食間（ 時 ） その他	食前 食後 食間（ 時 ） その他	食前 食後 食間（ 時 ） その他
使用方法	水で服用 その他（ ）	水で服用 その他（ ）	水で服用 その他（ ）
使用にあたっての 注意事項 ※できるだけ詳しく記入し てください。			
処方した医療機関・ 医師名			
薬がある場所	・ 本人のランドセルの中 ・ 保健室冷蔵庫 その他（ ）		

薬品名及び使用時の留意点について、不明な点は医師薬剤師にたずねて記入してください。

※ 薬の内容、量が変更になった場合は必ず担任まで、連絡してください。

※ 薬の説明書のコピーを添付してください。（本人への処方であること、必要時、副反応などを確認します）

※ 薬の外装には必ず氏名・使用年月日などの記入をお願いします。

※ 状態が安定して否場合は、学校職員が投薬の介助を検討する場合があります。