

この用紙は保護者が記入してください

令和 年 月 日

大阪府立中央聴覚支援学校長 様

薬の使用依頼書

(幼・小・中・高・専) _____ 年(歳) 幼児児童生徒名 _____

保護者名 _____

医師の指示により、学校での薬の服用、使用が必要ですので、依頼します。

病院名 (診療科) (主治医 Dr.) ()科	診断名
-----------------------------	-----

依頼期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日
服用・使用について ※いずれかに○印を お願いします	()自分でできる ()服用(使用)できるが、確認や見守りが必要 ()服用(使用)に支援が必要
保存方法	常温 ・ 冷所

【処方内容】

薬剤名	何の薬ですか	1回量	服用時間 (または用法)
【記入例】 クリストライロップ®	抗生剤	1袋	給食後 その他()
			給食後・その他()
			給食後・その他()
			給食後・その他()
			給食後・その他()

※病院・薬局からもらった「お薬の説明書」や「お薬手帳」のコピー等を添付してください

※薬袋・容器には必ず名前を記入してください。

※1回に服用する薬が複数ある場合は、小袋にまとめて準備をお願いします。

※水薬は1回量を小さい容器に準備してください。

- ・ 中学部・高等部で内服薬等を自己管理しているお子様につきましても、担任による確認や管理を希望される場合や、2週間以上、内服や使用が続く場合は、この用紙の提出をお願いします。

※この用紙は、学校のホームページ「配付文書」→「保健関係」からダウンロードできます。