様式　1

平成＿＿年＿＿月＿＿日

千葉県立千葉盲学校長　様

幼・小・中・高・理　＿＿＿年

幼児児童生徒氏名＿＿＿＿＿＿＿＿

保護者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿印

医薬品の使用の介助依頼書（定時）

学校・寄宿舎での日常生活で医薬品の使用が必要ですので，以下のとおり介助をお願いします。

1　傷病名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

2　医療機関名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

3　期間　平成＿＿年＿＿月＿＿日　～　平成＿＿年＿＿月＿＿日

4　医薬品について

	医薬品の名前	1回の量	時　間	方　法	主な作用	保管方法	備考
例）	**リザベン**	包 錠 **1**　(滴) cc	朝食（前・(後)） 給食（前・(後)） 夕食（前・(後)） その他（　　）	内服・(点眼) 点鼻・塗布 その他（　　）	**緑内障**	常温 (冷蔵)	**両眼**
		包 錠 滴 cc	朝食（前・後） 給食（前・後） 夕食（前・後） その他（　　）	内服・点眼 点鼻・塗布 その他（　　）		常温 冷蔵	
		包 錠 滴 cc	朝食（前・後） 給食（前・後） 夕食（前・後） その他（　　）	内服・点眼 点鼻・塗布 その他（　　）		常温 冷蔵	
		包 錠 滴 cc	朝食（前・後） 給食（前・後） 夕食（前・後） その他（　　）	内服・点眼 点鼻・塗布 その他（　　）		常温 冷蔵	

※医薬品は毎日１回分ずつ分けて持たせます。ただし，塗り薬や目薬はその限りではありません。
※病院・診療所・調剤薬局等で発行された医薬品の説明書を添付します。

宿舎職員使用欄

寮務主任	舎担任

担任へ←

学校職員使用欄

校長	教 頭		主幹教諭	養護教諭		部主事	担任