

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（臨時）

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)	ケナコルト軟膏	包錠 滴 適量 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()	虫さされ後 かゆみ止め	常温 冷蔵	かゆみの ひどい時 に塗る
		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 -----

----- 学校職員使用欄 -----

寮務主任	舎担任

担任へ←

校長	教 頭	主幹教諭	養護教諭	部主事	担任