

令和____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 _____

医薬品の使用介助依頼書（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 令和____年____月____日 ~ 令和____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	1 錠 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 ()	眼圧低下	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。

職員使用欄

寮務主任	舎担当

校長	教頭	主幹教諭	養護教諭	部主事	担任