千葉県立千葉盲学校長　様

市販の医薬品使用の介助依頼または届

学校生活において、以下の市販の医薬品（点眼薬を除く外用薬）を使用します。

※どちらかに〇をつけてください。

幼小中高　【　　】　使用の介助を依頼します。　⇒　介助依頼

理療科　【　　】　自己で管理及び使用します。⇒　届

１　学部・氏名	幼・小・中・高・理　氏名【　　】	
２　医薬品名		
３　医薬品を使用する理由		
４　いつ、どのくらい ※　使用するか （用法・用量）		
５　確認事項 該当の場合　✓　を記入してください。 全てに　✓　が記入されなければ使用できません。		第３類医薬品である。
		これまでに使用したことがあり、アレルギーや副作用等問題はない。
		用法容量を理解している。介助依頼の場合は、用法容量について具体的に教員に指示ができる。
		医薬品は使用期限内である。
		継続した観察や特別な配慮は不要である。
６　依頼先 １つ〇をつける。		Ａ　学校（登校から下校まで）
		Ｂ　寄宿舎（寄宿舎利用時）
		Ｃ　学校と寄宿舎
７　期間 年度ごとに提出する	令和　　年　　月　　日　～　令和　　年　　月　　日	

※介助依頼の場合

１．４について　本人の申し出がある場合や、医薬品をいつ使用するかを職員が理解できる具体的な状況をお書きください。職員が状況を判断して使用することはできません。外用薬の塗布を依頼する場合、介助する職員がディスポ手袋を使用しますので、御準備ください。

２．状態が改善しない場合は受診をお願いします。

―――――――――――――――――　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

医薬品使用確認表

学部　　学年・クラス　　氏名

日付(曜日)	時間	場所(〇をつける)	教員１(サイン)	教員２(サイン)
/　(　)		学校　・　寄宿舎		
/　(　)		学校　・　寄宿舎		
/　(　)		学校　・　寄宿舎		
/　(　)		学校　・　寄宿舎		
/　(　)		学校　・　寄宿舎		
/　(　)		学校　・　寄宿舎		
/　(　)		学校　・　寄宿舎		
/　(　)		学校　・　寄宿舎		
/　(　)		学校　・　寄宿舎		
/　(　)		学校　・　寄宿舎		
/　(　)		学校　・　寄宿舎		
/　(　)		学校　・　寄宿舎		
/　(　)		学校　・　寄宿舎		
/　(　)		学校　・　寄宿舎		
/　(　)		学校　・　寄宿舎		
/　(　)		学校　・　寄宿舎		
/　(　)		学校　・　寄宿舎		
/　(　)		学校　・　寄宿舎		
/　(　)		学校　・　寄宿舎		
/　(　)		学校　・　寄宿舎		
/　(　)		学校　・　寄宿舎		
/　(　)		学校　・　寄宿舎		
/　(　)		学校　・　寄宿舎		
/　(　)		学校　・　寄宿舎		
/　(　)		学校　・　寄宿舎		
/　(　)		学校　・　寄宿舎		
/　(　)		学校　・　寄宿舎		
/　(　)		学校　・　寄宿舎		
/　(　)		学校　・　寄宿舎		
/　(　)		学校　・　寄宿舎		
/　(　)		学校　・　寄宿舎		
/　(　)		学校　・　寄宿舎		