

様式 2

必要な場合、学級担任・寄宿舎職員へそれぞれ提出する。愛育園生は不要

令和 年 月 日

医薬品使用の介助依頼書〔臨時〕

千葉県立袖ヶ浦特別支援学校長 様

部 年

児童生徒名

保護者氏名 印

次のように医師から臨時の医薬品使用について指示を受けましたので、学校（寄宿舎を含む）での医薬品使用にあたっての介助を依頼します。

1 医師名や医療機関

医療機関名

医師名

2 症状と使用目的

3 使用期間 令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日

4 医薬品名

医薬品名	使用時間	1回量・形状	与薬方法	介助の方法と注意事項
例) ムコダイン ムコサール	昼食前	1 包・錠 カプセル その他()	経口・注入 ()	例) 少量の水分で溶き、スプーンで 飲ませる。
		包・錠 カプセル その他()	経口・注入 ()	
		包・錠 カプセル その他()	経口・注入 ()	
		包・錠 カプセル その他()	経口・注入 ()	
		包・錠 カプセル その他()	経口・注入 ()	

(注) 医薬品の説明書のコピーを添付してください。

【保護者→学級担任(原本)→(終了後)保健室】

【保護者→寄宿舎職員→寄宿舎保健係】