

様式 2

通学生で必要になった場合に学級担任または寄宿舎担当へそれぞれ提出する。愛育園生は不要

平成 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 あて

_____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 医師や医療機関について

医療機関名 _____

医師名 _____

2 症状と使用目的について

3 使用期間について

平成 年 月 日 から 平成 年 月 日まで

4 医薬品名

| 医薬品名 (効能) | 使用時刻 | 1回量 | 介助の方法 と注意事項 |
|--------------|------|-----|----------------|
| () | | | |
| () | | | |
| () | | | |
| () | | | |

(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→(終了後)保健室】

【保護者→寄宿舎担任】