様式：医師の処方による医薬品

医薬品介助依頼書

令和　　年　　月　　日

福岡県立古賀特別支援学校長　殿

医師の診察を受けたところ、次のとおり指示がありましたので、学校において、医薬品使用における介助をお願いします。

チーム　　年　　組　児童生徒氏名

保護者氏名

病名（症状）	
薬 品 名	
薬の種類	□ 内服薬　□ 坐　薬　□ 軟　膏（部位：　　） □ 湿　布　□ 点眼薬　□ 点鼻薬　□ 吸入薬 □ その他（　　）
投薬時間	□ 食　前　□ 食　後　□ 時間指定（　　時） □ 症状がある時
1回の量	
期間	令和　　年　　月　　日　～　令和　　年　　月　　日
注意事項	

【提出物】

1　医薬品（医師が処方したもの）
2　薬の説明書の写し（病院や調剤薬局で個別に発行されたもの）
　※処方日、医薬品の使用方法、副作用等について記載されているもの
3　医薬品介助依頼書（こちらの用紙）

【注意事項】

1　学校では医師の処方による薬のみ使用できます。市販されている一般薬についてはお預かりできません。
2　誤飲事故防止のため、薬は1回分ずつ小分けにし、氏名、日付、投薬時間を記入してください。原則として1日分ご提出ください。
3　途中で処方内容に変更があった場合は、薬の説明書を再提出してください。

依頼書提出：保護者→担任→保健室