

## 医薬品使用の介助依頼書

愛知県立豊橋特別支援学校長 殿

部 年 組 氏名

保護者氏名

医師の指示により、下記の薬を使用する必要があります。つきましては、学校において下記の通り、薬の使用が適切に行われるよう介助をお願いします。

記

|                           |                          |                                |
|---------------------------|--------------------------|--------------------------------|
| 使用期間<br>※どちらかに○を記入してください。 | <input type="checkbox"/> | 常用薬：年間を通して日常的に使用する薬            |
|                           | <input type="checkbox"/> | 臨時薬（ 月 日から 月 日まで）：一時的に短期間使用する薬 |

| 医薬品名                                       | 用量<br>(例 1袋・1錠・<br>1滴・適量 等) | 使用目的 | 使用時間<br>〔例 昼食前・昼食後・<br>食間（ 時）・<br>オムツ交換時 等〕 |
|--|-----------------------------|------|---|
|  |                             |      |   |
| 使用方法 (例 食事に混ぜて一緒に食べる。少量の水で溶かしスプーンで飲ませる。等)  |                             |      |   |
| 注意事項 (例 服薬の関係で避けた方がよい食べ物・飲み物 目薬をさす順番・間隔 等) |                             |      |   |
| 薬を処方した医療機関名                                |                             |      |   |

以上

- ※ 薬の説明書またはお薬手帳の写しを添付してください。
- ※ 薬はチャック袋に1回分ずつ小分けし、名前、使用日、使用時間を記入してください。
- ※ 医薬品の処方に変更があった場合は、遅滞なく連絡してください。
- ※ この用紙はコピーして使用してください。学校ホームページからダウンロードすることもできます。



医薬品使用の  
介助依頼書

薬の説明書  
または  
お薬手帳の写し