

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		常用薬：年間を通して日常的に使用する薬
※どちらかに○を記入してください。		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 (例 1袋・1錠・ 1滴・適量 等)	使用目的	使用時間 [例 昼食前・昼食後・ 食間(時)・ 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