

## 学校における医薬品使用介助申請書

令和 年 月 日

鳥取県立鳥取養護学校長 様

保護者氏名  
(保護者自署)

下記のとおり主治医から学校における医薬品の使用介助の実施について指示がありました。  
については、学校における医薬品使用の介助を実施して下さるようお願いいたします。

## 記

児童生徒氏名		学部 学年	部 年
医療機関 及び 主治医	医療機関 _____ 病院 ( 医院 )  (主治医) _____ TEL _____		
病名または症状			
与薬期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 ・ 終了まで		
薬の種類 及び薬名	散 剤 錠 剤		
	水 薬		
	点眼薬 軟 膏		
	坐 薬 その他		
与薬介助の 時期・方法 等			
その他留意事項			

## ※留意事項

- (1) 薬剤情報等の貼付をする。
- (2) 与薬依頼は年度毎に更新し、与薬内容に変更が生じた場合には、その都度申請する。
- (3) 薬は1回分ごとに持参し、1包ずつに名前と日付等を記入する。
- (4) 宿泊学習、修学旅行等の前には別途申請をする。