

# 学校における医薬品使用の介助依頼書

令和 年 月 日

鳥取県立米子養護学校長 様

保護者

氏名

印

(自署の場合は省略可)

下記のとおり、主治医の指示により、学校での医薬品使用の介助を希望します。  
併せて必要時には、実施内容等について、学校より直接医療機関へ問い合わせることを認めます。

## 記

必要事項の記入とあてはまる□にチェックをしてください。

児童生徒氏名		学部 学年	部 年
病院名及び主治 医	病院名 主治医		
病名(症状)	<input type="checkbox"/> 咳・鼻水等のかぜ症状 <input type="checkbox"/> おなかの症状(腹痛等) <input type="checkbox"/> 皮膚の症状(病名 ) <input type="checkbox"/> 眼の症状(病名 ) <input type="checkbox"/> その他( )		
薬の使用期間	令和 年 月 日 から 年 月 日まで 終了まで		
薬の種類	<input type="checkbox"/> 内服薬(粉薬 錠剤 水薬) <input type="checkbox"/> 軟膏 <input type="checkbox"/> 湿布剤 <input type="checkbox"/> 点眼薬 <input type="checkbox"/> 点鼻薬		
薬を使用する時	<input type="checkbox"/> 食前 <input type="checkbox"/> 食後 <input type="checkbox"/> 食間 <input type="checkbox"/> かゆいとき <input type="checkbox"/> 痛いとき <input type="checkbox"/> その他( )		
薬の使用 方法 (飲ませ方、 塗り方等)	<input type="checkbox"/> 全介助(薬の準備、薬を飲ませる・塗る等、声かけ、医薬品の保管) <input type="checkbox"/> 部分介助(薬の準備、声かけ、医薬品の保管) <input type="checkbox"/> 見守り・声かけ・薬の保管		
その他留意事項			

※医薬品使用の介助で使用できるのは処方薬のみです。市販薬は扱えません。

※「薬剤情報」(薬の説明書、おくすり手帳のコピー等)を添付し、必要な薬に○をつけてください。

※実施期間について、終了日が定まらない場合は「終了まで」を○で囲んでください。