

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。

[illegible]

※医薬品使用の介助で利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。