

確認印	校長	養教	担任

<様式1>

薬の使用依頼書（内服薬・外用薬）

令和 年 月 日

天童市立天童南部小学校長 様

年 組：児童氏名

保護者氏名(自署)

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とおり使用の介助をお願いします。なお、この薬の使用については保護者が責任を持ちます。

病名 (服薬の目的)				
医療機関名				
薬の使用期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで			
	①	②	③	④
薬品名				
使用量				
種類	粉薬 錠剤 水薬 カプセル 他 ()	粉薬 錠剤 水薬 カプセル 他 ()	粉薬 錠剤 水薬 カプセル 他 ()	粉薬 錠剤 水薬 カプセル 他 ()
服薬・服用時間	食前 食後 食間 () 他 ()	食前 食後 食間 () 他 ()	食前 食後 食間 () 他 ()	食前 食後 食間 () 他 ()
服薬・服用への 介助の有無	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無
※上記で「有」 の場合の詳細				
保管方法	本人 担任 他 ()	本人 担任 他 ()	本人 担任 他 ()	本人 担任 他 ()
留意事項				

※処方時に出される「薬の説明書」の写しも合わせて提出ください。
 ※変更がある場合は、その都度この依頼書を提出ください。(年度ごとに提出願います)