

医薬品の使用・使用介助依頼書

小・中 学部 第 学年 組 児童・生徒氏名 _____

1 依頼開始日： 年 月 日 から _____ 週間・か月間 【常用薬】
 _____ 年 月 日 まで【臨時薬】

2 医薬品の種類：○をつけてください。

飲み薬 ・ ぬり薬 ・ 点眼薬 ・ その他（ _____ ）

3 医薬品について

医薬品名	使用量	目的	時間
			給食(前・後) / その他(_____)
			給食(前・後) / その他(_____)
			給食(前・後) / その他(_____)
			給食(前・後) / その他(_____)

(医薬品合計) 【 _____ 】錠 ・ 【 _____ 】包 ・ 【 _____ 】(単位： _____)

4 使用方法：○をつけてください。

- ・自分で使用できる
- ・介助が必要…注意事項を詳しくお書きください。塗り薬の場合は使用部位も御記入ください

(_____)

上記のように依頼します

年 月 日

保護者名 _____