

愛知県立小牧特別支援学校長 殿

部 ・ 学 年 \_\_\_\_\_ 部 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 組

児童生徒氏名 \_\_\_\_\_

保護者氏名 \_\_\_\_\_

### 医薬品の保管・介助依頼書（常用薬）

医師（主治医あるいはかかりつけ医）の指示により、以下の薬を使用する必要があります。つきましては、学校において以下のとおり使用の介助をお願いします。なお、薬が変更になった場合は、直ちに連絡いたします。

**※常用薬：月間・年間（1ヶ月以上）を通して日常的に使用する薬**

薬名			
量			
薬の種類	粉薬 錠剤 水薬 その他（ ）	粉薬 錠剤 水薬 その他（ ）	粉薬 錠剤 水薬 その他（ ）
使用時間	食前 食後 その他（ ）	食前 食後 その他（ ）	食前 食後 その他（ ）
使用方法	そのまま 水に溶く その他（ ）	そのまま 水に溶く その他（ ）	そのまま 水に溶く その他（ ）
使用にあたっての 注意事項 ※できるだけ詳しく 記入してください。			
医療機関・医師名			

※薬品名及び使用時の留意点について、不明な点は医師にたずねて正確に記入してください。

**※薬の説明書（コピー可）を添付してください。**

※この「医薬品の保管・介助依頼書（常用薬）」【薬様式1】は、学校で保管します。

※新しい「医薬品の保管・介助依頼書（常用薬）」【薬様式1】は、保健室で配布しま

す。必要に応じて、担任に申し出てください。また、本校HPからもダウンロードできます。

受 付	
担任	養教