

医薬品使用の介助実施申請書（一時薬）

年 月 日

福岡市立 東福岡特別支援学校長 様

「本校の医薬品使用の介助についての確認事項」の内容を同意の上、下の通り、医薬品使用の介助の実施を申請します。

保護者 氏名

印

1. 児童生徒名	小・中・高 年 組 氏名				
2. 申請期間	年 月 日 ~ 年 月 日				
3. 薬について	薬の名前	介助の内容	1回の量	用法・使用時刻	預け個数
		1. 内服 2. 軟膏 3. 目薬 その他 ()		1. 登校時すぐ 2. 昼食前 3. 昼食後 4. 下校前 5. 時 分	
		1. 内服 2. 軟膏 3. 目薬 その他 ()		1. 登校時すぐ 2. 昼食前 3. 昼食後 4. 下校前 5. 時 分	
		1. 内服 2. 軟膏 3. 目薬 その他 ()		1. 登校時すぐ 2. 昼食前 3. 昼食後 4. 下校前 5. 時 分	
4. 医薬品使用の仕方 注意事項 上手に飲むための工夫、保管方法や一緒に食べたり飲んだりしてはいけないもの等配慮事項を記入	1. 特に介助は必要ありません。				
	2. 注意事項				
5. こぼしたりもどしたりした時の対処方法					
6. 主治医	病院名：				
	主治医名：				
	病院 TEL：				
7. 緊急連絡先 使用時に連絡がとれるところを優先順に記入	① (続柄)				
	② (続柄)				
	③ (続柄)				

※ 薬局から発行される「薬の説明書」のコピーも一緒に提出をお願いします。