令和　　年　　　月　　　日

**薬の預かり依頼書**

県立阪神昆陽特別支援学校長　様

　　　年　　　組　生徒名

保護者等名(自署)

主治医の指示により、下記の薬を使用する必要がありますので、学校で預かることを依頼します。

|  |  |
| --- | --- |
| **診断名****(状態)** |  |
| **内服薬名** |  |  |  |  |
| **服用量** |  |  |  |  |
| **服用時間** |  |  |  |  |
| **服用方法** |  |  |  |  |
| **使用上の注意** |  |
| **外用薬名** |  |  |  |  |
| **使用箇所** |  |  |  |  |
| **使用時間** |  |  |  |  |
| **使用上の注意** |  |
| **医療機関・医師名** | 医療機関名　　　　　　　　　　　　　　　　TEL　　　　　　　　―　　　　　　　　―　　医　師　名 |
| **保護者等緊急連絡先** | 保護者等名連絡先 |

※薬は、１回分ずつ小分けにして、日にちと使用時間、クラス、名前を記入してください。

※薬品名及び使用上の注意について、不明な点は主治医に確認して記入してください。

※薬の説明書または処方箋のコピーを添付してください。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **日にち** | **使用時間** | **確認サイン** | **日にち** | **使用時間** | **確認サイン** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

教員記入欄　－　使用記録　―