

医療用医薬品（処方薬）使用依頼書

あきる野市立前田小学校長 様

学校生活において、医療機関より処方のある医薬品の使用について、下記の通りお願いいたします。また、学校における日常の取組及び緊急時の対応に活用するため、本表に記載された内容を教職員で共有することに同意します。

保護者氏名 _____ 印

年 組	児童氏名	
1. 使用する時 (該当項目に○)	【 】定期的に使用する 【 】特別な時※¹に使用する →使用の判断は（ 保護者に連絡 ・ 児童自身 ） ↓ 「保護者に連絡」の場合は、緊急連絡先を記入 ① _____ Tel _____ ② _____ Tel _____	
2. 管理について (該当項目に○)	【 】自己管理（ランドセル） 【 】保健室での預かり（ 冷蔵 ・ 常温 ）	
2. 医療機関名	Tel _____	
3. 薬品名	使用目的	使用方法
※記入の代わりに、主治医の指示書・薬の説明書のコピーを貼っても構いません。		
4. 使用期間	令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日	
5. その他、注意事項		

※1 特別な時とは、病気の症状が出た時や、アレルギーとなる食品を誤食した時などです。