

令和 年 月 日

福岡県立特別支援学校「北九州高等学園」校長 殿

医療品の使用介助依頼書

医療品の使用の介助について、学校または寄宿舍で下記の内容について、保護者の代理として行っていただきますよう依頼します。

記

1 生徒名

年 組 氏名

2 依頼する内容（該当項目にレ点をつけてください）

〔医師の処方によるもの〕

- 医師の処方による内服薬
- 医師の処方による塗布薬
- 医師の処方による点眼薬・点鼻薬・噴霧薬
- 医師の処方による座薬の挿入
- 医師の処方による湿布薬の貼付

〔市販のもの〕（個人で保管を希望する場合は該当に○をつけてください）

- 市販の内服薬
- 市販の塗布薬（個人の保管を 希望する・希望しない）
- 市販の点眼薬・点鼻薬・噴霧薬（個人の保管を 希望する・希望しない）
- 市販の湿布薬（個人の保管を 希望する・希望しない）
- その他（ ）

* 詳細については、必ず裏面をご記入ください。

* なお、病状が不安定であること等により専門的な管理が必要な場合に、学校からの質問については、誠意をもってお答えします。

保護者名 _____ 印

裏面

医療品の処方・取り扱いについて

提出日 令和 年 月 日

病名（症状）	
朝 （○をつける） ・食前 ・食間 ・食後	・薬品名 *病院からの薬の説明書がありましたら 必ずコピーしてお貼りください。 ・用法用量
昼 （○をつける） ・食前 ・食間 ・食後	・薬品名 ・用法用量
夜 （○をつける） ・食前 ・食間 ・食後	・薬品名 ・用法用量
就寝前	・薬品名 ・用法用量

服薬期間 令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日
今後、病院へ行き薬をもらう予定（有 ・ 無）