

緊急時医薬品預り書（依頼書）

学校長様

年 組 児童生徒氏名

(男・女)

(記入日) 令和 年 月 日 保護者氏名

医師の指示により、緊急時に下記の薬を使用する必要があります。つきましては、学校において下記のとおり、使用の確認、介助をお願いいたします。なお、この薬の使用については保護者が責任を持ちます。

病名					
薬名					
量	・1回の使用量： mg (個使用)				
	・学校に預ける場合の量 () 個				
薬の種類	座薬	粉薬	錠剤	水薬	その他 ()
使用に関して 医師からの指示	・どのようになった時				
	・使用するタイミング：		<input type="checkbox"/> すぐに使用する <input type="checkbox"/> () 分続いた後に、使用する		
	・使用後の対応				
使用状況	・家庭で使用したことがあるか		<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> なし	
	・使用後の様子				
使用方法	<input type="checkbox"/> 職員の見守りのもとに、自分で使用できる <input type="checkbox"/> 職員の介助を要する 介助方法 ()				
保管方法	<input type="checkbox"/> 常温	<input type="checkbox"/> 冷蔵保存	<input type="checkbox"/> その他 ()		
保管場所	<input type="checkbox"/> 本人が保管する			保管場所【】	
*面談で相談	<input type="checkbox"/> 職員が保管する				
注意事項					
医療機関名 連絡先					
保護者緊急時 連絡先					
緊急時に薬を使用する場合は、保護者に電話等でご連絡のうえ使用しますが、どうしても連絡がとれない場合の対応・医師の指示を下記にご記入ください。					

*処方時に出される「お薬の説明書」のコピーを添付してください。

*変更がある場合は、その都度用紙を提出してください。

*「緊急時薬に関する主治医の指示書」がある場合は添付してください。