

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: m g (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 *面談で相談	<input type="checkbox"/> 本人が保管する 保管場所【 】 <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。**