流山市立八木北小学校　校長　様

薬（医療用医薬品）の使用依頼書

（　令和　　年度　　年　　組　）
（　令和　　年度　　年　　組　）
（　令和　　年度　　年　　組　）
（　令和　　年度　　年　　組　）
（　令和　　年度　　年　　組　）
（　令和　　年度　　年　　組　）

児童氏名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（生年月日：　　年　　月　　日）

学校において、薬（医療用医薬品）の使用が必要ですので、下記の通りお願いします。

何の薬	＊記入例　偏頭痛		
薬品名	ナウゼリン10mg		
量	1錠		
薬の形状	錠剤		
使用時間	給食後		
使用にあたっての注意事項 ＊できるだけ詳しく記入してください。	・必ず水で服用 ・薬の空き袋は持ち帰らせてほしい		
医療機関・医師名	○○○○病院 ○○○○医師		
保護者連絡先	①母携帯 ○○○-○○○○-○○○○ ②父携帯 ○○○-○○○○-○○○○		

＊薬品名及び使用時の留意事項について、不明な点は医師にたずねて正確に記入してください。

＊児童が薬を使用する際は、学級担任の許可を得てからとします。

＊誤飲防止のため、飲み薬の場合は1回分に分けた物を持参する。

＊薬の袋には、年・組・名前をはっきり記入する。

＊点眼薬の点眼、皮膚への軟膏の塗布、湿布薬の貼布、内服薬の服用については、自分で行えるよう、家庭で練習してください。

＊薬は、原則自己管理とします。（冷暗所保管など、自己管理ができない場合はご相談ください）

【継続確認】

◎年度初めに継続の確認をさせていただきます。年度途中で医師の指示事項や記載事項に変更があった場合はお知らせください。新規に書類の提出をお願いします。

令和	年	月	日確認（新規・継続・変更・中止）保護者氏名		印
令和	年	月	日確認（新規・継続・変更・中止）保護者氏名		印
令和	年	月	日確認（新規・継続・変更・中止）保護者氏名		印
令和	年	月	日確認（新規・継続・変更・中止）保護者氏名		印
令和	年	月	日確認（新規・継続・変更・中止）保護者氏名		印
令和	年	月	日確認（新規・継続・変更・中止）保護者氏名		印