令和　　年　　月　　日

**薬の使用依頼書**

北海道鷹栖養護学校長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　部　　年　　組　　ブロック　　室

児童生徒名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　保護者名 　　　　　　 　 ㊞

{種類・量・薬の形状・使用時間・使用方法}が同じ薬が複数あれば、薬名をまとめて記載してください。

いずれかに必ず〇を付け

てください。

医師（主治医あるいはかかりつけ医）の指示により、下記の薬を使用する必要があります。

　つきましては、学校・寄宿舎において下記のとおり使用の介助をお願いします。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 種　 類 | 定時薬 ・ 臨時薬 ・ 頓服 | 定時薬 ・ 臨時薬 ・ 頓服 | 定時薬 ・ 臨時薬 ・ 頓服 |
| 薬　　名 | (記入例)  ・デパケンR  ・ビオスリー | (記入例)  ・フルオロメトロン点眼液  ・レボカバスチン点眼液 | (記入例)  ヒルドイドソフト軟膏 |
| 量 | １包ずつ | 各１滴ずつ(両目) | 適量 |
| 薬の形状 | 粉薬・錠剤・水薬・塗り薬  その他（　　　　　　　　） | 粉薬・錠剤・水薬・塗り薬  その他（　　目薬　　　　） | 粉薬・錠剤・水薬・塗り薬  その他（　　　　　　　　） |
| 使用時間 | (朝・昼・夕食前・就寝前)  (朝・昼・夕食後・入浴後)  ・症状出現時（　　　　　　）  その他（　　　　　　　　） | (朝・昼・夕食前・就寝前)  (朝・昼・夕食後・入浴後)  ・症状出現時（　　　　　 ）  その他（　　　　　　　　　） | (朝・昼・夕食前・就寝前)  (朝・昼・夕食後・入浴後)  ・症状出現時（痒がっている時）  その他（　　　　　　　　　） |
| 使用方法 | そのまま　・　水に溶く  その他（少量の水と薬をスプーンに乗せて口の中に入れる。その後水を飲む。 ） | そのまま　・　水に溶く  その他（  ） | そのまま　・　水に溶く  その他（乾燥している所へ塗ってください。手のひらのみ自分で塗れます。 ） |
| 使用期間  **※臨時薬**  **のみ記入** | 月 　日～　月　　日 | ４月　１２日～　　４月　　１５日 | 月　　日～　　月　　日 |
| 使用時の留意点 | 食後すぐに全量吐いた場合は、予備薬を飲ませてください。(電話で連絡ください) | 就寝前に両目に点眼してください。その際、５分間あけて  点眼します。 | 皮膚がただれている所や傷口、目には使用しないでくだ  さい。 |
| 処方した医療機関名　：　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　医師名（　　　　　　　　　　　） | | | |
| 保護者緊急連絡先　： | | | |

※使用時の留意点等、不明な点は医師にたずねて正確に記入してください。

※　風邪薬の場合、解熱し症状が落ち着いてから登校してください。

※　一包化されている場合等は、一枠に薬名全てを書いてください。