

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 印

いずれかに必ず○を付けてください。

{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。

つき。は、学校・寄宿舎において、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 ・レボカバステチン点眼液	(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。

