

学年・組	年 組	年 組	年 組	年 組	年 組
更新 確認	確認日	R 年 月 日	R 年 月 日	R 年 月 日	R 年 月 日
	保護者 署名				

令和 年 月 日

神戸市立灘さくら支援学校長 あて

## 医薬品の使用依頼書（日常薬）

医師の指示により、下記の医薬品を使用する必要があります。  
つきましては、学校生活時間帯に貴校の職員による医薬品の使用の介助を依頼します。

A ・ B 部門 小 ・ 中 ・ 高

児童生徒名 \_\_\_\_\_

保護者名 \_\_\_\_\_ 印

医薬品名	1 回量	服薬時間	薬の目的	薬の性状
例) アレグラ	1錠	昼食後	花粉症を抑える	粉薬・錠剤・水薬・目薬 塗薬（部位）
				粉薬・錠剤・水薬・目薬 塗薬（部位）

<使用における注意点>

<期 間>

- 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日  
 学部卒業まで

- \* 日常薬とは、決まった時間に使用する薬（抗てんかん薬・抗不安薬・かぜ薬など）
- \* 取り違いや誤った使用の仕方を防ぐために、飲み薬は1回分ずつに分けて袋に入れ「日にち・名前・服薬時間」を明記してください
- \* 薬は医師の処方した医療用医薬品に限ります
- \* 薬の説明書も添付してください

令和 年 月 日

上記の保護者の依頼を承認します

神戸市立灘さくら支援学校長 印