

医療用医薬品預かり書(依頼書)

栃木県立盲学校長 様

学校生活において、以下の医療用医薬品の介助をお願いいたします。
また、災害時における備蓄用医薬品の預かりを希望（します ・ しません）

令和 年 月 日

保護者名

部 年 氏名

下の欄に記入し、薬局で出される説明書のコピー等も提出してください。

注意事項もお読みください。18歳未満の方は保護者が御記入ください。

薬品名(効果)	1回量				時間	のみ方・使い方 注意事項等
	朝	昼	夕	寝る前	食前・食後	
					他()	
	朝	昼	夕	寝る前	食前・食後	
					他()	
	朝	昼	夕	寝る前	食前・食後	
					他()	
	朝	昼	夕	寝る前	食前・食後	
					他()	
	朝	昼	夕	寝る前	食前・食後	
					他()	
	朝	昼	夕	寝る前	食前・食後	
					他()	

学校職員使用欄

校長	教頭	主幹	教務主	健部長	部主事	担任	養教	通 学 生
					寮務主	舎担	学看	舎 生

注意事項

- 薬は一回分ずつ袋や容器にまとめ、名前を書いて担任に渡してください。
- 薬品や分量が変わる場合は、担任に連絡し、新たに依頼書を提出してください。
- 様式2には、年間を通して使用する薬品についてのみ記入してください。
その他の薬品を預ける場合は、担任に連絡し、下記の用紙をご利用ください。

- ・ 緊急時に使用する薬品（ダイアアップ坐薬 等）を預ける場合
→ 様式1
- ・ 短期間処方された薬品（花粉症用点眼薬 等）を預ける場合
→ 様式3（通学生用）
- ・ 寄宿舎の日常生活で使用する薬品を預ける場合
→ 様式4（寄宿舎生用）

【災害時の備蓄用医薬品について】

- ①薬品の使用期限を確認し、教室（常温）で長期保存のできる薬を1泊2日分お預かりします。
なお、更新のため、1学期末と年度末に御家庭へ返却いたします。
- ②寄宿舎生については、①と同様のものを寄宿舎用にも御準備ください。（寄宿舎のしおり参照）
- ③災害時、被災状況によっては服薬等の対応が難しくなることも懸念されます。
御了承ください。