

医療用医薬品 預かり書（依頼書）

稲子小学校長 様

学校での生活において、医療用医薬品の管理を下記の通りお願いいたします。また、学校における日常の取組及び緊急時の対応に活用するため、本表に記載された内容を教職員で共有することに同意します。

保護者氏名

印

(フリガナ) 児童生徒氏名	年 組 番	生年月日	年 月 日		
		性別	男 ・ 女		
診断名					
医薬品 について	保管依頼 医薬品名				
	用法・用量 (1回の使用量)				
	保管場所	使用期限			
医薬品 使用の手順	・どのような状態になったら薬を使用するのか、また、使用の方法				
医療機関名		主治医氏名	電話番号		
緊急時 連絡先	優先順	氏名	続柄	連絡先	電話番号 (昼間連絡が取れるところ)
	①				
	②				
	③				
	④				
	⑤				

※ 裏面に主治医の指示書または薬の説明書のコピーを添付してください

年 組 番 氏名

主治医の指示書または処方箋のコピーを添付

