

医薬品使用の介助依頼書

令和 年 月 日

弘前市立裾野小学校長 殿

学年

児童氏名

保護者氏名

印

医師の診察を受けたところ、次の通り指示がありましたので、以下のとおり学校での
医薬品使用の介助を依頼します。

また、下記事項に変更が生じた場合には、直ちに連絡・再申請します。

1 介助依頼期間 令和 年 月 日～令和 年 月 日

2 病名

3 医薬品名

4 どのような時に医薬品を使用するか、医師からの指示を記入してください。

5 その他介助について注意すべき点

6 保管場所について

①学校に預ける

②本人が携帯

7 保護者緊急連絡先

携帯電話

8 医薬品を処方された医療機関

医療機関名

医師名

電話番号

.....
緊急時の対応に活用するため、上記内容を消防機関と共有することに同意します。

保護者署名:

印