

医療用医薬品保管依頼書

医療用医薬品の保管をお願いいたします。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。

令和 年 月 日

保護者氏名

学校名					
児童・生徒氏名		性別	男 ・ 女		
学年・組		年 組 担任()	生年月日	平成・令和	年 月 日
診断名					
主な症状等					
学校生活での注意事項					
緊急時の対応についての注意事項					
医薬品について	現在使用している 医薬品名				
	使用に当たっての 注意事項				
	保管場所・保管方法 についての注意事項	定期的な点検または交換時期()			
薬物アレルギーの有無		有 ・ 無	どのような医薬品ですか？()		
医療機関情報	医療機関名				
	所在地				
	電話番号	() —			
	主治医名	科 先生			
緊急時連絡先(優先順に記入してください)		優先連絡順	氏名	続柄	連絡先(電話番号)
		①			() —
		②			() —
		③			() —
その他連絡事項					

