

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

印

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 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				