

校長	副校長	担任	養護教諭

医療用医薬品預かり書（依頼書）(例)

日野市立 学校

児童生徒氏名				性別	男 ・ 女	
学年・組		年 組		生年月日	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					
	住所					
	電話番号	（ ） —				
	主治医名	科		先生（直通電話 ）		
科		先生（直通電話 ）				
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	電話番号	
		①				
		②				
		③				
その他の連絡事項						
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か。						
年 月 日						
1. 同意する						
2. 同意しない						
保護者氏名 印						