

令和 年 月 日

主治医 様

学校生活における医薬品使用介助の指示書について（お願い）

県立五泉特別支援学校 校長 久住 和彦  
学校医 篠川 智

日常の学校生活にあたり、保護者より医薬品使用介助について依頼がありました。つきましては、厚生労働省の平成 17 年 7 月 26 日付け医政発 0726005 号通知に基づき、該当医薬品の使用介助について、御指示・指導を下記書面にてお願いいたします。

主治医指示書

児童生徒氏名	
病名（症状）	

※ご指示を記入ください。選択肢部分は、該当事項に○印をお願いします。  
欄が不足の場合には、裏面にご記入ください。

薬剤名・形状	効 用	回 数	量
		朝・昼・夜・眠る前・（ ）	
		朝・昼・夜・眠る前・（ ）	
		朝・昼・夜・眠る前・（ ）	
使用手順			
医薬品使用上の留意点	① 本人の容態： 安定（ ） 不安定（ ） 他（ ） ② 副作用及び投薬量調整等に係る医師等による経過観察の必要性： 不要（ ） 必要（ ） 他（ ） ③ 処方上の危険性及び専門的配慮の必要性：無（ ） 有（ ）他（ ） ④ その他の留意点（ ）		
主治医	病院・医院名_____		
	医 師 名 _____ 印		

県立五泉特別支援学校長 様

上記、主治医の指示書のとおり、日常の学校生活における医薬品使用介助をお願いします。  
※添付書類：使用医薬品の処方箋（説明書等）

令和 年 月 日

保護者氏名\_\_\_\_\_ 印

\*薬の追記が必要な場合、こちらをお使いください。

[illegible]