（　固有番号　　　　　　　）

医療用医薬品預り書（依頼書）（例）

（　学校名　）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| （フリガナ）児童生徒氏名 |  | 性別 | 男　・　女 |
| 学年・組 | 年　組　担任名（　　　　） | 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 |  |
| 使用期限その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 薬物アレルギーの有無 | 　有　　無 | 医薬品名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 医療機関情報 | 医療機関名 |  |
| 住所 |  |
| 電話番号 | （　　　　　　　）　　　　　－ |
| 主治医名 | 　　　　　　　科　　　　　　先生（電話番号　　　　　　　　　　　） |
| 　　　　　　　科　　　　　　先生（電話番号　　　　　　　　　　　） |
| 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。 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和 　年　　月　　日 　　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　保護者等氏名 |