年　　月　　日作成

預り医療用医薬品の使用期限等確認一覧表（例）

（　学校名　　）

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 通番 | 固有番号注） | （フリガナ）児童生徒氏名 | 医薬品名 | 確認者名 | 確認日 | 点検予定日 |
| 1 |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |  |

注）児童生徒ごとに異なる番号を付け、医療用医薬品預り書（依頼書）、個別保管記録から転記する。