

校長	教頭	教務	担任	担任	養護教諭	

医療用医薬品預り書（依頼書）

上越市立中郷小学校

児童学年・氏名		年			
疾患について	診断名				
	主な症状等				
	学校生活での注意事項				
	緊急時の対応				
医薬品について	医薬品名				
	用法・用量				
	使用の際の留意事項	(あれば医師の指示書のコピー添付)			
	保管方法・使用期限				
医療機関情報	医療機関名				
	所在地				
	電話番号	() ー			
	主治医名	科		先生	
科		先生			
緊急時連絡先 (優先順に記入)	優先連絡順	氏名	続柄	連絡先（電話番号）	
	①				
	②				
	③				
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					