令和　　年度

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　学校名

指導日　令和　　年　　月　　日 ( 　 )

　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　 職名**学校薬剤師**　氏名

**第１１票**

**薬品管理に関する**

**指導助言（保健室）**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 学校長 |  | 学校薬剤師 |  | 保健主事 |  | 養護教諭 |  |

**１．保健室の薬品**

|  |  |
| --- | --- |
| **点検事項** | **判定** |
| 薬品棚の施錠状況 |  |
| 薬品の保管状況 |  |
| 薬品管理台帳（使用記録簿）の有無 | 有　　無 |
| 薬品管理台帳（使用記録簿）の記載事項（購入（購入年月日・使用期限）、使用、点検等） |  |
| 添付文書の保管状況 |  |
| 期限切れの薬品の有無 | 有　　無 |
| 医療用医薬品預かり薬の有無（職員室保管を含む） | 有　　無 |
| 医療用医薬品預かり薬の管理体制及び保管状況 |  |

**判定；良好・・・〇　改善が望ましい・・・△　早急な改善を要す・・・×**

**２．指導助言**

|  |
| --- |
|  |
|
|
|
|
|