

問題点発生シート	
報告日	平成 年 月 日
報告者	
担当学校	
情報発信者	<input type="checkbox"/> 校長 <input type="checkbox"/> 教頭 <input type="checkbox"/> 養護教諭 <input type="checkbox"/> 栄養士 <input type="checkbox"/> その他()
当該箇所	<input type="checkbox"/> 飲料水 <input type="checkbox"/> プール <input type="checkbox"/> ダニ <input type="checkbox"/> シックスクール <input type="checkbox"/> 給食室 <input type="checkbox"/> 理科室薬品 <input type="checkbox"/> CO ₂ 測定 <input type="checkbox"/> 薬物乱用 <input type="checkbox"/> 保健室薬品 <input type="checkbox"/> その他
内容を記入してください	
現場での処置・助言について (対応された内容を記入してください)	
試験検査センターからの処置	(学校薬剤師に提案したこと・学校薬剤師の二次的な対応について)
	(学校に出校して行った処置)出校者 学薬・センター

会長	専務	所長	対応者	学薬担当 副会長	部会長
(確認日)	(確認日)	(確認日)	(確認日)	(確認日)	(確認日)