年　　月　　日

新潟県立五泉特別支援学校長　様

与薬依頼書（一時服用）

医師の診察を受けたところ、以下のように指示がありました。
保護者に代わり、学校での与薬を行っていただくよう依頼します。

部　　年　　児童生徒名

保護者名　　印

※必要事項を記入し、該当するところに〇を付けてください。薬の説明書を添付の上、提出してください。

1　病院・医師名

2　病名（または症状）

3　薬の内容と服薬期間

〈内用薬〉

薬品名				
用　量				
保管場所	常温・冷蔵庫 その他（　　）	常温・冷蔵庫 その他（　　）	常温・冷蔵庫 その他（　　）	常温・冷蔵庫 その他（　　）
服用方法	支援が必要な場合は、詳しい内容を記入してください			
服薬期間・時間 ＊医師の処方があった期間	月　　日（　　）～　　月　　日（　　）昼食前・昼食後・その他（　　）			
その他	注意事項や全量飲めなかった場合の対応等			

〈外用薬〉　いずれかに〇を付けてください。→　塗り薬　・　点眼薬

薬品名		
用　量		
患　部		
保管場所	常温・冷蔵庫・その他（　　）	常温・冷蔵庫・その他（　　）
塗布・点眼の方法	支援が必要な場合は、詳しい内容を記入してください	
服薬期間・時間 ＊医師の処方があった期間	月　　日（　　）～　　月　　日（　　）・時間帯（　　）	

4　緊急連絡先　　続柄・氏名　　TEL

※学校記入

与薬の記録

日にち	終了時刻	投薬者	空袋返却	備考
㋮6/30 (木)	12:00	鈴木	○	