

県立五泉特別支援学校長 様

与薬依頼書（長期服用）

令和 年 月 日

在校時間中、薬の使用が必要ですので、保護者の代わりに下記のように実施して下さるよう依頼します。

依頼者	児童生徒氏名					(小・中 年 組)
	生年月日	平成・令和 年 月 日生				
	保護者氏名	印				
処方を受けた医療機関名と主治医	病院・医院名	電話 ()				
	医師名					
病 名(又は症状)						
※該当するものに○、または明記してください						
(1)与薬期間と時間		令和 年 月 日() から 月 日()まで				
		昼食前 ・ 昼食後 ・その他()				
(2)薬品名						
(3)薬の保管	・室温 ・冷蔵庫 ・その他()					
(4)薬の内容(作用)						
(5)1回分の使用量						
(6)薬を必要とするお子さんの状態(できるだけ具体的にご記入ください)						
(7)緊急時の対応方法、薬使用時の注意事項、薬使用後の観察方法等						
これまでのこの薬の使用状況	<input type="checkbox"/> な い					
	<input type="checkbox"/> あ る・・・副作用の有無 <有(症状)・無 > 最近の使用 < 年 月>					
(8)薬使用により状態が悪い場合の連絡先(誰に・どこへ・電話番号)						
(9)養護教諭不在時、その日に限り担任による投薬に同意いただけますか。	同意する ■ 同意しません				※同意がない場合は、養護教諭不在時に保護者から来校いただき投薬していただくことをお願いいたします。	
投薬者サイン ※学校記入	日付					
	名前					

※ 薬の内容や量が変更になった場合は、薬剤説明書を添えて学級担任までお申し出下さい。