

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○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 緊急連絡先 続柄・氏名 _____ TEL _____

4 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○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（ ）	

