筑波大学附属大塚特別支援学校長 様

与薬依頼書（一時的な薬）

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、学校での与薬を依頼します。薬は本人の名前を明記し、与薬依頼書と共に提出します。与薬依頼書に記入押印漏れ、不明点がある場合、薬の使用期限が切れている場合の与薬はできないことに同意します。

学部　　年・組	幼児児童生徒氏名

令和　　年　　月　　日　　保護者名　　㊞

1 病院・医師名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

2 受診日　　令和　　年　　月　　日（　　）

3 病名（または症状）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

4 薬の内容と服薬時間

内用薬 与薬を依頼する日・期間	薬品名	形状 （粉薬・錠剤等）	1回量	保管方法 （常温・冷蔵庫等）	与薬時間	与薬方法 （飲ませ方） 例：水で溶く
その他 注意事項						

外用薬 与薬を依頼する日・期間	薬品名	1回量	保管方法	与薬時間	部位	塗布・点眼等 使用方法
その他 注意事項						

※内用薬は一回分ずつジッパー付のビニールに入れて分包し、マジックで学年と名前を明記してお預けください。

学校記入欄	教員確認欄 日付 ／	与薬場所 保健室 その他 （　　）	教諭	養護教諭