臨時の与薬依頼書

千葉県立市川特別支援学校長　様

＿＿＿部　　年　　組　　児童生徒名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

保護者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

医師の処方により、下記のとおり学校での与薬を依頼します。

記

薬の名前	１回の量	服用・使用する時間 (○で囲む)	分類
	（　　）錠・包 その他（　　）	食前・食後 その他（　　）	
	（　　）錠・包 その他（　　）	食前・食後 その他（　　）	
	（　　）錠・包 その他（　　）	食前・食後 その他（　　）	
診断された病名 薬の使用目的			
薬が処方された病院			
飲ませ方や注意事項			
依頼期間	令和　　年　　月　　日(　) ～ 令和　　年　　月　　日(　)		

○記入例

薬の名前	１回の量	服用・使用する時間 (○で囲む)	分類
バルプロ酸ナトリウム	（　1　）(錠)・包 その他（　　）	食前・(食後) その他（　　）	抗てんかん薬
ヒルドイドソフト軟膏	（　　）錠・包 (その他)（腕にまんべんなく）	食前・食後・ (その他)（ 昼休み ）	アトピー性皮膚炎 保湿剤

※「かゆいとき」などの症状では使用できません。

○注意事項

①薬には児童生徒名を記入し、その日の分だけ連絡帳に入れてください。
　複数になる場合は、その薬をビニール袋等に入れ、まとめて持たせてください。
②薬局からもらった薬の説明書、又は、お薬手帳のコピーを添付してください。
③服薬できた確認として、飲み終わった薬の空は毎日持ち帰ります。