令和　　年　　月　　日

臨時与薬依頼書

千葉県立柏特別支援学校長　様

部　　年　　組　児童生徒氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

保護者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

下記のとおり学校での与薬をお願いいたします。

疾患名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

医療機関名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

与薬期間　　令和　　年　　月　　日　～　令和　　年　　月　　日

医　薬　品　名	用　法	薬　の　作　用	一回の量
例）ピーエイ配合錠	食後	風邪の諸症状を抑える薬	1錠

飲ませ方・注意事項

＊昼の薬は学校で服薬になりますので、なるべく朝・夕・寝る前等になるよう主治医に御相談ください。
＊内服薬は、１回分ずつ持たせてください。
＊水薬も必ず１回分ずつ容器に入れてください。（*水薬の１回分の取り分けが煩雑かと思われますので、なるべく散剤や錠剤などで処方していただけるように主治医に御相談ください。）
＊塗り薬については、使い捨て手袋も御用意ください。
＊薬の説明書も添付してください。
＊薬は、給食セットがある場合には、その中に入れてください。

校長	教頭	教頭	養護教諭	養護教諭	担任