

度会特別支援学校長 様

与薬依頼書

学校教育活動中の発作等の緊急対応として、主治医の指示により、薬の投与が必要ですので、薬剤情報提供書を添えて依頼します。

なお、預ける薬には有効期限を明示し、その期間内に差し替えます。また、主治医の指示により薬の種類や投与量に変更があった場合には、速やかに薬剤情報提供書を添えて、その都度依頼します。

令和 年 月 日

訂正： 令和 年 月 日

保護者名 _____

児童生徒名・学年	(小 ・ 中 ・ 高) 年		
保護者連絡先 ①	名前		電話番号
	②	名前	電話番号

薬の名前			
種類 (使用目的)			
必要とする時の児童生徒の様子			
1回の分量		預ける分量	
方法・注意事項			
保管場所	室温 ・ 冷蔵庫 ・ その他 ()		
薬の有効期限	年 月 日	薬剤情報提供書 (ある ・ 病院でもらっていない)	
病院名・主治医名		電話番号	
薬局名		電話番号	
※使用時には家庭に連絡します。	可 ・ 不可		
家庭に連絡がとれない場合の使用について	その他の対処方法 ()		

※訂正時は、赤で二重線を引き赤字でお願いします。