

度会特別支援学校長 様

与薬依頼書

学校教育活動中において、一時的に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。

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

病名				
期間		月 日 (曜) ~ 月 日 (曜)		
内服薬	薬品名			
	一回量		時間	給食前・給食後 その他 (時 分頃)
	保存方法	室温・冷蔵庫 その他 ()	飲ませ方 注意事項	
外用薬	薬品名	ぬり薬・目薬 その他 ()		
	一回量		薬を使用する 部位	
	時間		保存方法	
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		

お薬が市販薬で、第一類または第二類医薬品の場合…

医師または薬剤師から使用の確認はありますか (はい・いいえ)

※本校では市販の第一類・二類医薬品を使用する場合、医師または薬剤師への確認をお願いしています。