

# 令和7年度常用薬依頼書

西淀川支援学校長 様

医師の診断により、服薬の指示がありましたので、学校での与薬をお願いします。

依頼日： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ( \_\_\_\_\_ )

( 小 ・ 中 ・ 高 ) \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 組 名前 \_\_\_\_\_

保護者名 \_\_\_\_\_

薬の名前	薬の形状	与薬時間	特記事項 (飲ませ方、塗り方等)
	錠剤 粉末 水薬 塗り薬 目薬 その他 ( )	給食前 給食後 その他 ( )	与薬理由(診断名) 【 _____ 】
	錠剤 粉末 水薬 塗り薬 目薬 その他 ( )	給食前 給食後 その他 ( )	与薬理由(診断名) 【 _____ 】
	錠剤 粉末 水薬 塗り薬 目薬 その他 ( )	給食前 給食後 その他 ( )	与薬理由(診断名) 【 _____ 】

※常用薬依頼書と合わせて、薬の説明書(コピー可)も持参してください。

薬の説明書は返却します。

※飲み間違いを防ぐため、薬にも「日付・時間・名前」を記入してください

※変更があれば、連絡帳に記載しお知らせください。本依頼書を持ち帰りますので、訂正をお願いします。

※粉薬の注入は、適量の白湯で溶解し実施します。(水分摂取量に制限がある等、白湯の量に規定がある方は、量もご記入ください。)

原本→保健室に提出。その後、医療的ケアマニュアルファイルへ。

裏面あり

薬の名前	薬の形状	与薬時間	特記事項 (飲ませ方、塗り方等)
	錠剤 粉末 水薬 塗り薬 目薬 その他 ( )	給食前 給食後 その他 ( )	与薬理由(診断名) 【 】
	錠剤 粉末 水薬 塗り薬 目薬 その他 ( )	給食前 給食後 その他 ( )	与薬理由(診断名) 【 】
	錠剤 粉末 水薬 塗り薬 目薬 その他 ( )	給食前 給食後 その他 ( )	与薬理由(診断名) 【 】
	錠剤 粉末 水薬 塗り薬 目薬 その他 ( )	給食前 給食後 その他 ( )	与薬理由(診断名) 【 】

保健室確認欄

/	
/	
/	