

与薬依頼書

摂津支援学校長 様

令和 年 月 日

医師の診察を受けたところ、服薬等の指示がありましたので学校での与薬をお願いします。

部 年 組 児童生徒名

保護者名

印

- *学校での与薬は医師から処方されている薬に限ります。
- *薬剤情報提供書（薬の説明書）を必ずコピーして薬と一緒にご提出ください。
- *薬は名前を明記したうえで、毎日1回分ずつ持たせてください。
(点眼薬や塗り薬など分包できない場合はそのまま持たせてください。)
- *冷所保存の薬は、保冷バッグ等に入れて持たせてください。
- *服薬後の薬包は家庭に持ち帰ります。 *薬を飲むためのお茶又は水を必ず持参してください。

与薬理由 (診断名)			
与薬期間	年 月 日 ~ 年 月 日		
薬の名前	薬の形状 (錠剤、粉等)	与薬時間	特記事項 (飲ませ方、塗り方、服薬目安、服薬後の対応など)
①	錠剤 粉薬 水薬 塗り薬 目薬 その他 ()	給食前 給食後 その他 ()	
②	錠剤 粉薬 水薬 塗り薬 目薬 その他 ()	給食前 給食後 その他 ()	
③	錠剤 粉薬 水薬 塗り薬 目薬 その他 ()	給食前 給食後 その他 ()	

保護者→担任→保健室