

与薬依頼書（臨時・定期）

平成 年 月 日

埼玉県立久喜特別支援学校長 様

医師の指示により、担任教諭等に以下のとおり与薬を行っていただくようお願いします。
薬には使用する日時と氏名を分かるように記入し、1日分を持たせます。（裏面参照）
与薬の必要がなくなった場合は連絡帳等でお知らせします。
なお、この薬の使用については保護者が責任を持ちます。

学部（小・中・高） _____ 年 児童生徒氏名 _____

保護者氏名 _____ 印 _____

（緊急時連絡先電話番号 _____）

※必要事項をご記入の上、該当するところを○で囲んで下さい。

病名（症状）	
与薬開始日	平成 年 月 日
与薬終了日	平成 年 月 日（終了日が分かっている場合に記入）
薬品名 1回分の量	（例；デパケン1包）
薬の種類	散剤（粉・顆粒）錠剤 塗り薬 貼り薬 目薬 その他（ _____ ）
保管場所	常温 ・ 冷蔵庫 ・ その他（ _____ ）
与薬の時間	（ _____ ）時頃・給食前・給食後 その他（ _____ ）
与薬の仕方	

*薬の説明書のコピーを裏面に貼ってご提出ください。

その中に次の項目が含まれている場合は、以下の項目の記入を省略できます。

医療機関名・主治医名・電話番号
薬の効能
薬の副反応
その他配慮事項

与薬する医薬品についてのお願い

与薬を正しく行うために、薬には1袋ごとに使用する日時と氏名を記入してください。

薬の外袋に直接記入できない場合は、必要事項を記入した紙をホチキスでとめてください。

