

与薬依頼書（臨時・定期）～連絡帳綴込み用～

令和 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（図参照）し、1日分を持たせます。  
 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。



クラス \_\_\_\_\_ 児童生徒氏名 \_\_\_\_\_

保護者氏名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

(緊急時連絡先電話番号 \_\_\_\_\_)

※該当するところを○で囲んでください。

与薬ができなかったときの連絡方法	1、ただちに緊急連絡先に連絡し知らせる 2、連絡帳で知らせる 3、その他 ( )
------------------	--

\*薬の説明書（コピー可）を連絡帳に入れるようにしてください。

\*薬の保管場所が常温以外の場合は必ずそのことを担任に伝えてください。

依頼日	症状・病名	薬の名前	与薬時間	飲ませ方	医療機関名	保護者印	確認印
9/10 ～/12	鼻水	ムコダイン	給食後	* 特殊な場合は相談が必要	○△病院	Ⓧ	担任 記入

\*記入欄が不足しましたら、担任に連絡してください。新しい用紙を補充します。