

新潟市立西特別支援学校長 様

## 一時的な薬の与薬依頼書

学校生活において、医師より与薬の指示がありました。以下の通り、与薬を依頼します。

小学部・中学部 年 組	児童生徒氏名
----------------	--------

### 1 薬の名前・形状・使用量等

薬の名前	形状	1回の使用量	使用する時間帯	何の薬か
	・粉薬 ・錠剤 ・水薬 ・カプセル ・その他 ( )			
	・粉薬 ・錠剤 ・水薬 ・カプセル ・その他 ( )			
	・粉薬 ・錠剤 ・水薬 ・カプセル ・その他 ( )			
	・粉薬 ・錠剤 ・水薬 ・カプセル ・その他 ( )			
	・粉薬 ・錠剤 ・水薬 ・カプセル ・その他 ( )			

### 2 薬を使用する期間

年 月 日 ～ 年 月 日  
( )

### 3 薬の保管方法 [ ]

### 4 薬を使用するにあたっての留意事項

( )  
年 月 日

保護者氏名 (自署)

※ 薬の説明書 (コピー可) を添付してください。