

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

令和 年 月 日 ~ 令和 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

()

令和 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。