用紙①

日常的な薬

薬の説明書（コピー可）を添えてご提出ください。

令和　　年　　月　　日

県立月ヶ岡特別支援学校見附分校長　様

日常的な服薬に関する与薬依頼書

年　　組　　生徒氏名＿＿＿＿＿＿＿＿

学校生活において服薬が必要ですので、保護者責任の元、学校に薬を預け（持たせ）ます。

1　診断名（症状）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

2　服薬期間　R　年　月　日（　）～R　年　月　日（　）　時期が不明の場合は記入不要

その週の服薬する曜日に○をつけてください。

月	火	水	木	金

3　薬の内容と服薬時間

内服薬

薬の名前	形状	1回量	学校での服薬時間	留意事項
	・粉末 ・錠剤 その他（　　）	（包・錠）	・給食前 ・給食後 その他（　　）	
	・粉末 ・錠剤 その他（　　）	（包・錠）	・給食前 ・給食後 その他（　　）	
	・粉末 ・錠剤 その他（　　）	（包・錠）	・給食前 ・給食後 その他（　　）	

外用薬

薬の名前	形状	部位	1回量	服用時間	留意事項
	・点眼　・貼り薬 ・塗り薬 その他　（　　）			時頃	

4　保管・服薬方法

薬の保管について 当てはまるものに○をつけてください。	
	保健室に預ける。（冷蔵：否・要）
	自分で管理する。 保管場所：

服薬について 当てはまるものに○をつけてください。	
	服薬時に、職員が補助する。
	自分で服薬し、職員に報告する。

服薬後は薬のカラを持ち帰りますので、ご家庭で確認してください。

保護者氏名（自署）＿＿＿＿＿＿＿＿