

用紙②

一時的な薬

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

一時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ご家庭で確認し、服薬確認としてください。

保護者氏名（自署）