

期間限定与薬依頼書

埼玉大学教育学部附属特別支援学校長 様

小・中・高 学部 \_\_\_\_\_(組/年)

児童生徒氏名 \_\_\_\_\_

保護者氏名 \_\_\_\_\_ 印

学校での日常生活において、与薬が必要ですので下記の通りお願いいたします。

記

与薬期間		月 日( )~		月 日( )	
与薬時間 (いつ) *家で飲んでいる時間		何の薬 (薬の名前)	形状・量	与薬方法 (飲ませ方)	
記入例	昼食後 *12:45頃	抗けいれん剤 (セレニカR)	白・顆粒・1包	少量の水に溶いて口に入れる。 *薬嫌いなので、口の奥へ入れます。	
その他の注意事項、副作用等					
処方した 医療機関名				医師名	

《保護者の方へ》 与薬に関する事故を未然に防ぐため、下記についてご協力をお願いします。

- ◆薬は、毎日、当日分と予備薬 1 回分のみ用意してください。
- ◆薬には、必ずそれぞれに、毎回はっきりと「日付・与薬時間(昼食後など)名前」を記入してください。  
(チャック付きビニール袋等を利用すると便利です。裏面のイラストをご参照ください。)
- ◆薬局でいただく「薬の説明書」等を添付してください。

依頼書の流れ 保護者 → 担任(印) → 養護教諭(印) → 期間終了後、保護者へ返却