

見附市立見附特別支援学校長 様

薬（内服薬・外用薬）に関する依頼書

令和 年 月 日

依頼者	児童生徒氏名			(小・中・高 年)
	保護者氏名	印		
主治医	病院・医院名			
	医師名	電話 ()		
病名 (又は症状)				
※該当するものに○、または明記してください				
(1)与薬期間は	令和 年 年 月 日()から	月 日()まで		
(2)薬の保管は	・室温 ・冷蔵庫 ・その他()			
(3)薬の種類は	・粉薬 ・錠剤 ・液(シロップ) ・その他() ・外用薬 (軟膏 ・ 点眼薬 ・ 貼り薬)			
(4)与薬時間は	内服薬	昼(錠 包)		
	外用薬	1日()回 いつ()		
処方内容薬での 注意事項・その他	薬剤説明書 あり・なし			

※ この用紙は、「薬の説明書」を添えて、学級担任へ提出してください。

(H26. 4)HP

- ・学校に薬を持ってくる場合は、必ずこの用紙を記入して薬と一緒に提出してください。
- ・足りなくなったら連絡帳などで連絡してください。