

吉川高等特別支援学校長 様

薬（内服薬・外用薬）に関する依頼書

平成 年 月 日

年 組 生徒氏名

保護者氏名

印

学校において与薬が必要ですので、保護者に代わり下記のように実施願います。

記

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	平成 年 月 日()から	月 日()まで	毎日
(2)薬の保管は	・室温 ・冷蔵庫 ・その他()		
(3)薬の種類は	・粉薬 ・錠剤 ・カプセル ・その他() ・外用薬 (軟膏 ・ 点眼薬 ・ 貼り薬)		
(4)与薬時間は	内服薬	昼食前(錠 包) ・ 昼食後(錠 包) その他(錠 包)	
	外用薬	1日()回 使用方法()	
	頓服薬	1回()錠 どんとき() 次回は()時間以上あけて使用	
注意事項	薬剤説明書 あり・なし		