

与薬依頼書

令和 年 月 日

熊本県立菊池支援学校長 様

部 年 氏名

保護者名

与薬についての約束事項（誤薬防止のため、必ず守ってください）

- ① 薬は、医師が処方し調剤したものに限ります。（市販薬はお受けできません）
- ② 薬には、名前と飲む日付を書き、1回分の量に分けて提出してください。
- ③ 必ずこの「与薬依頼書」をつけて薬を預けてください。

医師の指示により、下記の薬を使用する必要があります。つきましては、学校において下記のとおり使用の介助をお願いします。

なお、このことによって生じた事故等についての責任は一切問いません。

記

診断名（または症状）	
処方した医療機関名	電話番号（ ）
学校で薬を飲む（使用する）期間 令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで	
薬の種類	内服薬 ・ 外用薬 ・ 点眼薬 ・ その他（ ）
薬を飲む（使用する）時間	昼食前 ・ 昼食後 ・ その他（ ）
薬の名前	1回に使用する量
①	（ ）個・包・ml・その他（ ）
②	（ ）個・包・ml・その他（ ）
③	（ ）個・包・ml・その他（ ）
④	（ ）個・包・ml・その他（ ）
薬の管理方法	薬の飲ませ方・使用
（ ） 自己管理 （ ） 担任等預かり（教室管理） （ ） 保健室管理 ※冷蔵（ 要 ・ 不要 ）	（ ） 水で服用 （ ） そのまま服用 （ ） その他（以下に詳しく御記入ください）
その他、副作用など学校に知らせておきたいこと等	
緊急時の連絡先・電話番号（続柄 ）	

※薬の説明書を添付してください。内容が異なる場合には服薬できません。

※服用時、ゼリーやスプーン等が必要な場合は持参してください。

担任確認

養護教諭確認