

与薬依頼書(定時薬)

(宛先)

埼玉県立行田特別支援学校長

医師の診察を受けたところ服薬の指示がありましたので、学校での与薬をお願いします。

(裏面の「定時薬の与薬依頼について」をご確認ください)

令和 年 月 日

小・中・高 学部 年 児童生徒氏名

保護者氏名



受診日	令和 年 月 日	医療機関名 医師名	医療機関名 Tel 医師名	
病名 (または症状)				
与薬期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日まで			
内服薬	形状	薬品名	量	時間
	粉・錠・力・液	()		給食前・給食後・()時
	粉・錠・力・液	()		給食前・給食後・()時
	粉・錠・力・液	()		給食前・給食後・()時
	粉・錠・力・液	()		給食前・給食後・()時
	粉・錠・力・液	()		給食前・給食後・()時
外用薬	種類	薬品名	部位	回数・時間
	軟膏/クリーム	()	()	
	軟膏/クリーム	()	()	
	点眼薬	()	右・左・両眼	
	点眼薬	()	右・左・両眼	
	点鼻薬	()	右・左・両鼻腔	
点耳薬	()	右・左・両耳		
保管方法	常温・冷蔵庫・その他 ()			
その他注意事項	飲ませ方や副作用等、注意することがあればお知らせください。			

病院や薬局で出される「薬に関する情報提供書」(薬の説明書)を添付してください。

定時薬の与薬依頼について

- 定時薬：抗けいれん薬や慢性疾患等で年間を通して毎日定時に使用する薬
- ご家庭で一度も服用したことのない処方薬や市販の薬は、お預かりできません。
- 内服薬は毎日1回分のみ、お預かりします。
- 複数の錠剤等がある場合には、1回分を小袋にまとめて袋の表に名前を記入してください。
- 紛失や事故を防ぐために容器や薬包にも名前を記入してください。
- 与薬した際には空き袋を返却します。
- 病院や薬局で出される「薬に関する情報提供書」（薬の説明書）を添付してください。説明書がない薬はお預かりできません。
- 薬の内容、量が変更になった時は、新たに「与薬依頼書（定時薬）」、「薬に関する情報提供書」（薬の説明書）を提出してください。