

# 与薬依頼書（臨時薬）

（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「臨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	病院名 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
外用薬	種類	薬品名	部位	回数・時間
	軟膏/クリーム	( )	( )	
	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。

学 校	与薬日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日
	与薬者 サイン						

＜与薬確認＞ 保護者サイン \_\_\_\_\_

\* 最終日の与薬を御家庭で確認しましたら、与薬確認欄にサインをして学校へお返してください。

## 臨時薬の与薬依頼について

- 臨時薬：症状が落ち着き、登校は可能だが、風邪薬や鼻炎薬、目薬、塗り薬等、短期的にその症状が軽減されるまで使用する薬
- 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。