

山梨大学教育学部附属特別支援学校長 様

与薬依頼書（一時服用）

学 部 （ 小 ・ 中 ・ 高 ）

児童生徒氏名 _____

保護者氏名 _____ 印

医師の指示により学校生活時間内に与薬が必要ですので、保護者に代わり与薬の介助をお願いします。

医療機関名	
病名（症状）	
与薬の期間	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで
与薬する時間	食 前 ・ 食 後 ・ その他（ ）
与薬の方法	【例】水にとかしてのむ。薬を先に口の中に入れ、水で飲む。
1 回量	錠剤（ ）錠 粉薬（ ）袋 水薬（ ）ml 塗り薬（ ）目薬（ ） その他（ ）
保管方法	室 温 ・ 冷蔵庫 ・ その他（ ）

※以下は薬局からの薬剤情報提供書の添付でもよいです。

薬の名前	薬のはたらき・効能
【例】 メジコン	せきを鎮める

確認事項

- ☆ 学校での与薬は、医師の処方した薬に限ります。
- ☆ 内服薬は1回分のみ、容器、薬袋に名前を書き、お持ちください。
- ☆ 薬は担任に直接渡すか、与薬依頼書とともに連絡帳のファイルにはさんで持たせてください。
- ☆ 与薬の介助は保健室または教室にて行い、養護教諭と担任が確認します。ご家庭には連絡帳で知らせ、空き袋を持たせます。

与薬介助確認表（学校で記入します）

月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日
サイン					