

新潟県立五泉特別支援学校村松分校長 様

与薬依頼書（一時服用）

医師の診察を受けたところ、以下のように指示がありました。  
保護者に代わり、学校での与薬を行っていただくよう依頼します。

年 組 番 生徒名 \_\_\_\_\_

保護者名 \_\_\_\_\_ 印

※必要事項を記入し、該当するところに○を付けてください。薬の説明書を添付の上、提出してください。

1 病院・医師名 \_\_\_\_\_

2 病名（または症状） \_\_\_\_\_

3 薬の内容と服薬期間

〈内用薬〉

薬品名				
用 量				
保管場所	常温・冷蔵庫 その他（ ）	常温・冷蔵庫 その他（ ）	常温・冷蔵庫 その他（ ）	常温・冷蔵庫 その他（ ）
服用方法	支援が必要な場合は、詳しい内容を記入してください			
服薬期間・時間 <small>*医師の処方があった期間</small>	月 日（ ）～ 月 日（ ） 昼食前・昼食後・その他（ ）			
その他	注意事項や全量飲めなかった場合の対応等			

〈外用薬〉

いずれかに○を付けてください。→ 塗り薬 ・ 点眼薬

薬品名		
用 量		
患 部		
保管場所	常温・冷蔵庫・その他（ ）	常温・冷蔵庫・その他（ ）
塗布・点眼の方法	支援が必要な場合は、詳しい内容を記入してください	
服薬期間・時間 <small>*医師の処方があった期間</small>	月 日（ ）～ 月 日（ ）・時間帯（ ）	

4 緊急連絡先 続柄・氏名 \_\_\_\_\_ TEL \_\_\_\_\_

