様式１－２(一時的な薬：かぜ薬等は１週間以内に処方されたもの)

学校用

※薬の説明書(処方箋)のコピーを添える

新潟県立月ヶ岡特別支援学校長　様

内服薬・外用薬に関する依頼書

学校生活において医師より与薬の指示がありました。保護者に代わり、学校での与薬を以下の通り依頼します。

令和　　年　　月　　日		児童生徒氏名	
(小・中・高)　　年　　組		保護者氏名	

【内服薬】

病名又は症状			月	火	水	木	金	土	1回の薬の量
	昼	食前							包　　錠
		食後							包　　錠
									包　　錠
									包　　錠
のみ方	・自分でのむ　　・口に入れてもらえば自分でのむ ・その他 … 薬を水に溶かしてスプーンで飲ませる、お薬用ゼリーを使う　等記入 (　　)								

【外用薬】

塗り薬　・　点眼薬　・　貼り薬　・　その他(　　)

使用方法	薬の保管方法
1　日　　回	使用した日に持ち帰る　・　週末持ち帰る　※どちらかに○をつけてください。

病名又は症状		月	火	水	木	金	土
	昼						
留意事項 等							

※用紙は保健室にあります。(コピー使用可)