

※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】



		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
留意事項 等								

【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							

※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 ()							

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							

学校における非常時の与薬依頼書

新潟県立月ヶ岡特別支援学校長 様

部 年 組 児童生徒氏名

保護者氏名

印

災害等で帰宅が困難になった場合、学校において与薬が必要ですので、保護者に代わり下記のように実施して下さるよう依頼します。

記

1 薬の内容と飲み方

* 学校記入欄

服薬時刻	薬の名前	薬の形状 (色)	一回の 与薬量	薬の効用	服薬確認		
例 朝食後 7:00	デパケン	粉末(白)	1包	抗けいれん薬	/	/	/
朝					担当者	担当者	担当者
昼					担当者	担当者	担当者
夜					担当者	担当者	担当者
飲み方	・口に入れると飲む ・自分で飲む ・その他(水で溶かす ゼリー使用等 くわし記入)				保健室	保健室	保健室

処方を受けた医療機関名	主治医名	電話番号

2 その他注意事項

