

与薬指示依頼書(定期薬・災害時・臨時薬)

令和 年 月 日

群馬県立あさひ特別支援学校長 様

記

- 1 指示病院名 _____ 主治医名 _____
- 2 住 所 _____ 電話番号 _____
- 3 病 名 _____
- 4 使用年月日 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日
- 5 薬剤の名称・用法・用量

薬剤の名称		朝	昼	夕	就寝前
内服薬	(食前・食後・頓服) 保管(常温・要冷蔵)	(錠・包・目盛)	(錠・包・目盛)	(錠・包・目盛)	(錠・包・目盛)
	(食前・食後・頓服) 保管(常温・要冷蔵)	(錠・包・目盛)	(錠・包・目盛)	(錠・包・目盛)	(錠・包・目盛)
	(食前・食後・頓服) 保管(常温・要冷蔵)	(錠・包・目盛)	(錠・包・目盛)	(錠・包・目盛)	(錠・包・目盛)
	(食前・食後・頓服) 保管(常温・要冷蔵)	(錠・包・目盛)	(錠・包・目盛)	(錠・包・目盛)	(錠・包・目盛)
	(食前・食後・頓服) 保管(常温・要冷蔵)	(錠・包・目盛)	(錠・包・目盛)	(錠・包・目盛)	(錠・包・目盛)
外用薬	保管(常温・要冷蔵)	・点眼薬・点鼻薬・塗り薬・吸入薬・その他 ()			
		【1日 回】朝・昼・夕・入浴後・その他 ()			
	保管(常温・要冷蔵)	・点眼薬・点鼻薬・塗り薬・吸入薬・その他 ()			
		【1日 回】朝・昼・夕・入浴後・その他 ()			
保管(常温・要冷蔵)	・点眼薬・点鼻薬・塗り薬・吸入薬・その他 ()				
		【1日 回】朝・昼・夕・入浴後・その他 ()			

6 効能・効用

7 服薬に際して注意すべき事項・副作用、飲ませ方等（具体的にお書きください。）

学校管理下における与薬等について、上記主治医からの指示のとおり依頼するとともに、同意いたします。

(小・中・高) 学部 学年 児童生徒氏名 _____
保護者氏名 _____

※主治医の処方に従って、保護者が記入をお願いします。(薬の説明書がある場合は、本用紙とその写しを添付してください)

※薬の内容や量に変更が生じた場合は、改めて本用紙の提出をお願いします。