

<保護者記載>

## 与薬依頼書

年 月 日

依頼先	静岡県立清水特別支援学校			
依頼者	小・中・高	年	児童生徒氏名 ( )	
			保護者氏名 ( )	
			連絡先・TEL ( )	
	薬を処方された病院・医師名 ( )			
	病名または症状 ( )			
1. 持参した薬は、( )年( )月( )日に処方された( )日分の内、本日分 2. 保管場所 ( <input type="checkbox"/> 常温 <input type="checkbox"/> 冷蔵庫 <input type="checkbox"/> 冷暗 <input type="checkbox"/> その他： ) 3. 薬の剤型 ( <input type="checkbox"/> 粉 <input type="checkbox"/> 液 <input type="checkbox"/> 錠 <input type="checkbox"/> カプセル <input type="checkbox"/> その他： ) 4. 薬の内容 ( <input type="checkbox"/> 抗生物質 <input type="checkbox"/> 風邪薬 <input type="checkbox"/> 咳止め <input type="checkbox"/> その他： ) 5. 使用する日時 ( 月 日 ~ 月 日 <input type="checkbox"/> 食前 <input type="checkbox"/> 食後 <input type="checkbox"/> その他： ) 6. 薬の服用方法 ( <input type="checkbox"/> そのまま水で <input type="checkbox"/> 水で溶く <input type="checkbox"/> その他： ) 7. その他注意事項 ( )				
保護者様へ ・薬はその日に服用する1回分を持参して、担任にお預けください。 ・薬は容器等に記名をしてください。 ・下校時、担任から飲み終えた薬の袋等をお受け取りください。				

<学校記入欄>

受領日	受領者サイン	与薬者サイン	服薬時間	備考
			AM・PM 時 分	
			AM・PM 時 分	
			AM・PM 時 分	
			AM・PM 時 分	
			AM・PM 時 分	
			AM・PM 時 分	
			AM・PM 時 分	
			AM・PM 時 分	
			AM・PM 時 分	

\*この記録表は、薬を預かった担任が受領サインする。

\*この記録表は、薬とともに連絡袋に入れる。

\*飲み終えた薬の容器等は、下校時連絡袋に入れ、保護者に返却する。

<学校記入欄>

受領日	受領者サイン	与薬者サイン	服薬時間	備考
			AM・PM 時 分	
			AM・PM 時 分	
			AM・PM 時 分	
			AM・PM 時 分	
			AM・PM 時 分	
			AM・PM 時 分	
			AM・PM 時 分	
			AM・PM 時 分	
			AM・PM 時 分	
			AM・PM 時 分	
			AM・PM 時 分	
			AM・PM 時 分	
			AM・PM 時 分	
			AM・PM 時 分	
			AM・PM 時 分	
			AM・PM 時 分	
			AM・PM 時 分	
			AM・PM 時 分	
			AM・PM 時 分	
			AM・PM 時 分	
			AM・PM 時 分	
			AM・PM 時 分	
			AM・PM 時 分	
			AM・PM 時 分	
			AM・PM 時 分	
			AM・PM 時 分	
			AM・PM 時 分	
			AM・PM 時 分	

- \*この記録表は、薬を預かった担任が受領サインする。
- \*この記録表は、薬とともに連絡袋に入れる。
- \*飲み終えた薬の容器等は、下校時連絡袋に入れ、保護者に返却する。