

<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。

