

静岡県立東部特別支援学校長 様

与薬依頼書

医師より処方があった薬について、下記のとおり与薬をお願いします。

小 中 学部	年	児童・生徒名
保護者名		
医療機関名		
与薬開始～ 停止期間	令和 年 月 日	～ 月 日

与薬時間 (いつ)	何の薬 (薬の名前)	形状・量	与薬方法 (飲ませ方)	その他 注意事項 副作用等
<記入例> 給食後 <small>*処方箋に準じた 時間を記入する</small>	痰きり (ムコダインDS)	白・顆粒・1包	少量の水で溶いて 口に入れる	

*薬は1回分を必ずチャック付き袋に入れて、記名をして提出してください。

*薬の説明書(コピー可)も提出してください。

*定時ではなく1日〇回という処方薬の与薬を依頼する場合、学校で与薬が必要かどうかや学校での服用時間等について医療機関にて御確認をお願いします。

御不明な点は学校へ御相談ください。

担当:養護教諭