

臨時薬に関する依頼書

※風邪や花粉症の薬など、一定期間学校において服用する必要のある薬についての依頼書です。

わかば支援学校ふじかわ分校学校長 殿

学校の管理下で保護者に代わって、薬の服用、又は使用の介助をお願いします。

年 月 日

保護者氏名 _____ 印

学部 年 氏名 (男・女)			
緊急連絡先 (TEL)			
医療機関名		電話番号	
主治医名			
病名 (または症状)			
薬の名前 例) ビオフェルミン	効能 例) 腸の調子を整える	1回量 例) 1包	与薬時間 例) 食後
服用(使用)期間 月 日 () ~ 月 日 ()			
薬の飲ませ方			
服用・使用・保管にあたっての注意事項			

<確認事項>

- ・薬には氏名を記入し、毎日1回分ずつ持たせてください。点眼薬やぬり薬など分包できない場合はそのまま持たせてください。
- ・服用後の薬包等は御家庭に返却します。裏面の与薬確認表とあわせて御確認ください。

与薬確認表

学部 年 氏名

依頼のあった薬を服用（使用）しましたので確認をお願いします。

日付	実施時間	実施状況	実施者	担任確認	保護者確認
/	:				
/	:				
/	:				
/	:				
/	:				
/	:				
/	:				
/	:				
/	:				
/	:				
/	:				
/	:				
/	:				
/	:				
/	:				
/	:				

※学校での服薬が必要な期間はこの用紙を連絡帳に挟んで持たせてください。

最終日の服薬を確認していただきましたら、用紙は学校に戻してください。学校で保存します。