

臨時薬 与薬依頼書

東京都立葛飾ろう学校長 殿

部 年 組 児童・生徒名 _____

病名(症状)				
与薬期間	年 月 日 から		年 月 日 まで	
薬の内容 与薬方法	時間	薬の名前	形状・量	与薬方法
	昼 食前・食後			
	昼 以外			
		薬を使用する 判断の目安		
留意点				
医療機関名 主治医名	医療機関		主治医	

<確認事項> 与薬に関する事故を防ぐために、以下について御理解、御協力をお願いいたします。

- * 学校では、医師から診断され、処方された薬のみお預かりすることができます。
- * 内服薬は、**1回量ごとに分けて当日分のみ**持たせてください。
- * 外用薬は、使用期間のみ処方されたものを持参してください(学校保管はできません)。
- * 薬には、必ず名前・日付・服用時間(食前・食後等)を記入してください。
- * 「薬の説明書」または「お薬手帳」等薬の内容について書かれたものの写しも一緒に提出してください。
- * 服薬内容の変更があった場合は、用紙をお渡ししますので、担任へお知らせください。

医師の指示により、上記の薬を使用する必要があります。

つきましては、学校での与薬が必要ですので、確認事項を承諾し、上記のとおり与薬の介助を依頼します。

なお、この薬の使用については保護者が責任をもちます。

令和 年 月 日

保護者氏名 _____ 印

※この与薬依頼書は、依頼期間中は連絡帳等で保管し、依頼終了後は学校で保管します。