

与薬依頼書（短期）

令和 年 月 日

岡山大学附属特別支援学校長 様

医師の診察を受けたところ、服薬などの指示がありましたので、学校での与薬をお願いします。

部 年 児童生徒氏名

保護者署名

※必要な事項を記入し、該当するところを○で囲んでください。

病院名					
診断名					
与薬期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日				
薬の名前	薬の内容 (何の薬か)	薬の種類 (内用薬・外用薬)		与薬時間	特記事項 (飲ませ方・外用薬の塗り方など)
(1)	風邪薬 抗生物質 整腸剤 その他 ()	粉薬 () 包 水薬 () ml 錠剤 () 錠 その他 ()	点眼薬 点鼻薬 塗り薬 その他 ()	給食前 給食後 その他 ()	
(2)	風邪薬 抗生物質 整腸剤 その他 ()	粉薬 () 包 水薬 () ml 錠剤 () 錠 その他 ()	点眼薬 点鼻薬 塗り薬 その他 ()	給食前 給食後 その他 ()	
(3)	風邪薬 抗生物質 整腸剤 その他 ()	粉薬 () 包 水薬 () ml 錠剤 () 錠 その他 ()	点眼薬 点鼻薬 塗り薬 その他 ()	給食前 給食後 その他 ()	

- *学校での与薬は、医師から処方された薬に限ります。保護者の判断で与薬している薬については、学校では取り扱いません。また、市販の薬はお預かりできませんので、ご了承ください。
- *頓服薬など、学校で使用の判断が必要な薬はお預かりできません。
- *薬剤情報提供書（薬の説明書）のコピーを一緒にご提出ください。
- *薬は、氏名を明記したうえで、毎日1回分ずつ持たせてください。（点眼薬や塗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）服薬後の薬包紙等は、持ち帰ります。
- *宿泊を伴う行事の場合は、別様式で提出していただきます。

学校記載欄	投与者（担任） サイン					
	与薬日時	月 日 (:)	月 日 (:)	月 日 (:)	月 日 (:)	月 日 (:)

連絡帳にとじてください。保護者→担任→保護者