

与薬指示依頼書(定期薬・災害時・臨時薬)

令和 年 月 日

群馬県立渋川特別支援学校長 様

記

- 1 指示病院名 _____ 主治医名 _____
- 2 住 所 _____ 電話番号 _____
- 3 病 名 _____
- 4 使用年月日 令和 年 月 日～令和 年 月 日
- 5 薬剤の名称・用法・用量

薬剤の名称		朝	昼	夕	就寝前
内服薬	(食前・食後・頓服)	_____	_____	_____	_____
	(食前・食後・頓服)	(錠・包・目盛)	(錠・包・目盛)	(錠・包・目盛)	(錠・包・目盛)
	(食前・食後・頓服)	_____	_____	_____	_____
	(食前・食後・頓服)	(錠・包・目盛)	(錠・包・目盛)	(錠・包・目盛)	(錠・包・目盛)
	(食前・食後・頓服)	_____	_____	_____	_____
	(食前・食後・頓服)	(錠・包・目盛)	(錠・包・目盛)	(錠・包・目盛)	(錠・包・目盛)
外用薬	保管(常温・要冷蔵)	_____	_____	_____	_____
	保管(常温・要冷蔵)	・点眼薬・点鼻薬・塗り薬・吸入薬・その他 ()	【1日 回】朝・昼・夕・入浴後・その他 ()		
	保管(常温・要冷蔵)	_____	_____	_____	_____
	保管(常温・要冷蔵)	・点眼薬・点鼻薬・塗り薬・吸入薬・その他 ()	【1日 回】朝・昼・夕・入浴後・その他 ()		
	保管(常温・要冷蔵)	_____	_____	_____	_____
	保管(常温・要冷蔵)	・点眼薬・点鼻薬・塗り薬・吸入薬・その他 ()	【1日 回】朝・昼・夕・入浴後・その他 ()		

6 効能・効用

7 服薬に際して注意すべき事項・副作用等（具体的にお書きください。）

学校管理下における与薬等について、上記主治医からの指示のとおり依頼するとともに、同意いたします。

(小・中・高) 学部 学年 児童生徒氏名 _____

保護者氏名 _____ 印

※主治医の処方に従って、保護者が記入をお願いします。（お薬の説明書がある場合は、本用紙とその写しを添付してください。）

※薬の内容や量に変更が生じた場合は、改めて本用紙の提出をお願いします。