

与薬指示依頼書

群馬県立沼田特別支援学校長 様

学校管理下における医行為（与薬等）について、下記主治医からの指示のとおり依頼いたします。

記

1 指示病院名

主治医名

2 病 名 ()

	薬品名	朝	昼	夕	就寝前
内服薬	() (食前・食後)	____ (錠・包・目盛)	____ (錠・包・目盛)	____ (錠・包・目盛)	____ (錠・包・目盛)
	() (食前・食後)	____ (錠・包・目盛)	____ (錠・包・目盛)	____ (錠・包・目盛)	____ (錠・包・目盛)
	() (食前・食後)	____ (錠・包・目盛)	____ (錠・包・目盛)	____ (錠・包・目盛)	____ (錠・包・目盛)
	() (食前・食後)	____ (錠・包・目盛)	____ (錠・包・目盛)	____ (錠・包・目盛)	____ (錠・包・目盛)
	() (食前・食後)	____ (錠・包・目盛)	____ (錠・包・目盛)	____ (錠・包・目盛)	____ (錠・包・目盛)
外用薬	()	点眼薬 () 点鼻薬 () ぬり薬 () 吸入薬 () その他 () 1日 () 回 --- 朝 () 昼 () 夕 () その他 ()			
	()	点眼薬 () 点鼻薬 () ぬり薬 () 吸入薬 () その他 () 1日 () 回 --- 朝 () 昼 () 夕 () その他 ()			
	()	点眼薬 () 点鼻薬 () ぬり薬 () 吸入薬 () その他 () 1日 () 回 --- 朝 () 昼 () 夕 () その他 ()			

3 薬の保管について 常温 () 要冷蔵 () その他 ()

4 効能・効用 (薬の説明書を提出の場合省略可)

5 副作用 (薬の説明書を提出の場合省略可)

6 使用年月日 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日

7 注意事項 (具体的にお書きください。)

上記の通り、学校管理下での与薬等に同意いたします。

令和 年 月 日

(小学・中学・高等) 部 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。(薬の説明書を頂いている場合は、本用紙と一緒に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には、改めて提出してください。