

# 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療的ケア（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 住 所 電話番号

3 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 ( )			

4 薬の保管について 常温 ( ) 要冷蔵 ( ) その他 ( )

5 効能・効用

6 副作用

7 使用年月日 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日

8 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。

平成 年 月 日

(小・中) 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。(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。