

(保・様式5)

与薬依頼書

現在、主治医の診察を受け加療中です。下記の通り、保護者に代わって与薬または服薬確認をお願いします。

令和 年 月 日記入

保護者氏名 _____

緊急連絡先 Tel _____ - _____

学部・学年		幼・小・中・高 年(組)		薬をテープでとめます(当日分)				
氏名		<ul style="list-style-type: none"> ★薬は毎日1回分にして、名前を記入します。 ★複数の薬がある場合は、小袋にまとめてください。 ★与薬時間・形状が異なる薬は、別紙に記入してください。 ★継続して15日以上服薬する場合は、養護教諭にご相談ください。 ★市販の薬は、お預かりできません。 ★薬剤情報提供書(薬の説明書)を添付してください。 						
受診日							令和 年 月 日	
薬剤情報提供書(薬の説明書)							添付した ・ 添付していない	
病名(または症状)								
内容		風邪薬 ・ 抗生物質 ・ せき止め ・ 整腸剤 ・ 痛み止め ・ 吐き気止め アレルギー薬 ・ 胃薬 ・ その他()						
形状	内服薬	粉 ・ 液体(シロップ) ・ 錠剤						
	外用薬	軟膏/クリーム (塗る部)		担任は、使用時に必ず養護教諭に連絡してください				
		点眼薬 (右 ・ 左 ・ 両眼)		坐薬 (薬名)				
		点鼻薬 (右 ・ 左 ・ 両鼻腔)		吸入薬 (薬名)				
		点耳薬 (右 ・ 左 ・ 両耳)		テープ/パッチ (貼る部位)				
薬の数(1回分)		(包 ・ 錠 ・ 回 ・ 滴 ・ 枚)						
時間		昼食前 ・ 昼食後 ・ 食間 ・ 指定時間(時 分) その他 (具体的に)						
保管方法		常温 ・ 冷蔵庫 ・ その他()						
保護者	月日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	いずれかに○を記入し、学校へ提出してください。	
	家庭での最終与薬時間	時 分	時 分	時 分	時 分	時 分		
学校	受領者サイン						終了 ・ 継続	
	与薬者サイン							
	与薬時間	時 分	時 分	時 分	時 分	時 分		
保護者サイン								

