令和　　年　　月　　日

与薬依頼書（臨時）

新潟県立新潟よつば学園　校長　様

（　聴覚　・　視覚　・　自立　教育部門　）

幼・小・中・高　　年　　組　氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

保護者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（自署）

学校生活において、医師より与薬の指示がありました。下記のとおり与薬をお願いいたします。

記

《お願い》与薬に関する事故を未然に防ぐため、下記についてご協力をお願いします。
①薬は当日分を用意してください。
②薬には、毎回必ず「与薬時間（昼食後など）、名前」を記入してください。
（封筒やファスナー付きビニール袋等を利用すると便利です。）
③この与薬依頼書提出時に「お薬の説明書」のコピーも添付してください。

与薬時間（いつ）	薬の名前	形状・量	与薬方法（飲ませ方）
記入例　昼食後　＊12:45 頃	抗けいれん剤（セレニカ R）	白・顆粒・１包	少量の水に溶いて口に入れる。＊薬嫌いなので、口の奥へ入れます
与薬期間	月　　日（　　）　～　　月　　日（　　）まで		
注意事項 副作用等			
処方を受けた 医療機関名・医師名	医師名（　　）		

＊学校記入欄

日時	／　：	／　：	／　：	／　：	／　：
確認者					