

与薬依頼書（定期）

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、必要な日数分を用意してください。
- ② 薬には、毎回必ず「日にち、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。

◎与薬依頼書提出について

- ・寄宿舍生以外の幼児児童生徒は、学校で使用する服薬・点鼻・点眼・塗り薬などの薬についてご記入ください。
- ・寄宿舍生は、朝～学校～寝るまでの使用する服薬・点鼻・点眼・塗り薬などの薬について時系列ですべてご記入ください。

与薬期間		月 日（ ） ～ 月 日（ ）まで		
与薬時間		何の薬（薬の名前）	形 状 ・ 量	与薬方法 （飲ませ方・塗り方・目薬の入れ方）
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。

※表面でおさまらない方は裏面に続けて記入をお願いします。

表面で書き終えた方は、裏面の注意事項・副作用等の欄と処方された医療機関名医師名の記入もありますので、忘れずにお願いします。

与薬時間		何の薬（薬の名前）	形 状 ・ 量	与薬方法 （飲ませ方・塗り方・目薬の入れ方）
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。
注意事項 副作用等				
処方した医療機関名・医師名		（医師名）		