

投薬依頼書

平成 年 月 日

岐阜県立飛騨吉城特別支援学校長 様

部 年 組 児童生徒名

依頼者（保護者）名 印

主治医の指示により、下記の薬を服用する必要があります。
つきましては、学校で下記のとおり使用していただくことをお願いします。
なお、この薬の投与については、依頼者（保護者）の責任とします。

病名	
薬品名 1回服用量	例)・テグレトール1包 ・リスパダール1錠 等
薬の種類	粉薬 錠剤 水薬 ぬり薬
投与時間	食前(朝・昼・夜) 食後(朝・昼・夜) 食間 () その他 ()
服用方法	このまま 水にとく 水で練る その他 ()
使用時の留意点	※出来るだけ詳しく記入してください。
医院・病院名	

※薬品名及び使用時の留意点について、不明な点は主治医にたずねて正確に記入してください。
※薬の預かりは行っていません。投薬が必要なときに連絡袋などに入れて持たせてください。