

〈様式①〉

投薬依頼書（定期薬）

平成 年 月 日

揖斐特別支援学校長 様

(小・中・高) 部 年 組 児童生徒名

保護者名

(自署)

医師（主治医或いはかかりつけ医）の指示により、下記の薬を使用する必要があります。
つきましては、学校において下記のとおり使用の介助をお願いします。
なお、この薬の使用については保護者が責任をもちます。

薬名			
1回服用量			
薬の種類	粉薬 錠剤 水薬 カプセル その他（ ）	粉薬 錠剤 水薬 カプセル その他（ ）	粉薬 錠剤 水薬 カプセル その他（ ）
使用時間	食前 食後 食間（ ） その他（ ）	食前 食後 食間（ ） その他（ ）	食前 食後 食間（ ） その他（ ）
使用方法	そのまま 水に溶く その他（ ）	そのまま 水に溶く その他（ ）	そのまま 水に溶く その他（ ）
使用にあたっての 注意事項 ※できるだけ詳しく記入し てください。			
医療機関・医師名			

- ※ 薬品名及び使用時の留意点について、不明な点は医師にたずねて正確に記入してください。
- ※ 薬の内容、量が変更になった場合は必ず担任まで、連絡してください。
- ※ 定期薬：抗てんかん薬、向精神薬等、年間を通して毎日使用する薬
- ※ 薬の説明書のコピーを添付してください。