

〈様式①〉

投薬依頼書（定期薬）

令和 年 月 日

揖斐特別支援学校長 様

(小・中・高) 部 年 組 児童生徒名

保護者等氏名

(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：学校生活を送っている時間内に使用する薬で年間を通して使用するもの
(例：抗てんかん薬、向精神薬、使用頻度の高い塗り薬、点眼、点鼻薬等)
- ※ 薬の説明書のコピーを添付してください。