

令和 年 月 日

与薬依頼書（定時・臨時）

県立佐渡特別支援学校長 様

部 年

児童生徒氏名

保護者氏名 印

学校での日常生活において、与薬（定時・臨時）が必要ですので下記の通りお願いいたします。

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1回分のみ用意してください。学級担任が管理し、与薬します。
- ② 薬には、必ずそれぞれに「日付・与薬時間（昼食後など）・名前」を記入してください。
（チャック付きビニール袋等を利用すると便利です）
- ③ 調剤薬局でいただく「薬の説明書」を添付してください。
- ④ 与薬した薬の空き容器を連絡袋でお返しします。確実に与薬した旨を確認してください。

与薬時間（いつ） *家で飲んでいる時間		何の薬（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。
その他 注意事項 副作用等				
処方した医療機関名・医師名			医師名 ()	