

与薬指示依頼書(定期薬・臨時薬)

令和 年 月 日

群馬県立二葉特別支援学校長 様

群馬県立二葉高等特別支援学校長 様

学校管理下における与薬等について、下記主治医からの指示のとおり依頼いたします。

二葉特別支援学校 (小・中) 学部 年 氏名 _____

二葉高等特別支援学校 年 氏名 _____

保護者氏名 _____

以下の当てはまる項目に☑をしてください。

与薬の詳細は添付資料(薬剤情報提供書)をご確認ください。

与薬の詳細は下記をご確認ください。

※主治医の処方に従って、保護者をご記入ください。薬剤情報提供書のコピーを添付していただける場合は、下記1~4まで、記入は必要ありません。

※薬の内容に変更が生じた場合は、改めて本用紙の提出をお願いします。

※市販薬を服薬する場合には、下記2~4をご記入ください。

※ご家庭での服薬方法や注意事項を教えてください。(例) 粉薬は水に溶かして飲みます。等

1 指示病院名 _____ 主治医名 _____

2 病 名 _____

3 使用年月日 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日

4 薬剤の名称・用法・用量

薬 剤 の 名 称		用 法 ・ 用 量			
		朝	昼	夕	就寝前
内 服 薬	記入例) バファリン	1錠(食後)		1錠(食後)	
外 用 薬	記入例) アルガード(目薬)	両目1滴(登校前)			1滴