

与薬依頼書 <臨時薬>

様式2

石川県立小松瀬領特別支援学校長 様

主治医等からの処方による薬について、学校管理下における職員による与薬介助を依頼します。

令和 年 月 日

(小・中・高) 年 児童生徒氏名

保護者氏名

① 依頼期間	令和 () 年 () 月 () 日 ~ () 月 () 日
② 保 管	室温 冷蔵庫 その他 ()
③ 薬の内容	薬剤情報提供書の写しを提出して下さい。
④ 与薬時間	昼食前 昼食後 () 時 かゆい時 痛い時 その他 ()
⑤ 外用薬の使用方法	
⑥ 与薬方法及び注意事項 ・特になし ・そのまま口に入れて水分を飲ませる ・スプーン、スポイトで飲ませる ・必ず水で服用 ・その他 (具体的に) ・少量の水に溶かして飲ませる ・ () と混ぜて飲ませる ・経管から与薬する ・ () と飲みあわせ禁	
⑦ 医療機関名 () 主治医等 () 電話番号 ()	

*医療機関で処方された薬のみをお預かりします。

*今回の症状に関して処方された薬を持たせて下さい。

与薬確認書 (臨時薬)

日 付	／	／	／	／	／	／	／
与薬者							
保護者確認欄							