**与薬依頼書（一時服用・定期服用）**

令和　　年　　月　　日

筑波大学附属久里浜特別支援学校長　様

　医師の診察を受けたところ、以下の通り指示がありました。つきましては、幼児児童に対する与薬を行っていただくようお願いします。

なお、この与薬依頼書によって与薬した結果については、学校の責任を問いません。

　　　　　　　　　　　　部　　　　歳・年　幼児児童氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　保護者氏名　　　　　　　　　印

※必要事項をご記入の上、該当するところを○で囲んで下さい。

病院名

病名（症状でも可）

〈内服薬〉

|  |  |
| --- | --- |
| 薬品名 |  |
| 服用量 |  |
| 保管場所 | 常温　・　冷蔵庫　・　その他（　　　　　　　　） |
| 服用方法 |  |
| 服用期間  （医師の処方があった期間） | 月　　　日　　～　　月　　　日 |

　〈外用薬〉

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 塗り薬 | 薬品名 | 回数　　　回（塗る時間帯：　　　　　　　）  患部　（　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 点眼薬 | 薬品名 | 回数　　　回（点眼する時間帯：　　　　　）  患部　（　左目　・　　右目　） |

特記事項