

# 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<br>(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： ）<br>患部 （ ）           |
| 点眼薬 | 薬品名 | 回数 回（点眼する時間帯： ）<br>患部 （ 左目 ・ 右目 ） |

特記事項