

学校における与薬依頼書

新潟大学附属特別支援学校長 様

部 年 児童生徒名 生年月日 年 月 日生

保護者名

医師の指示により、服薬等が必要ですので、保護者に代わり、学校における与薬の介助をお願いします。

記

(記入例)

期 間	0年0月0日から0年0月0日まで		
疾 患 名	かぜ		
薬 の 名 前	ムコダイン		
薬の作用・目的	痰切り		
種 類 ・ 量 (1回分)	・粉末 (1) 包 ・錠剤 () 錠 ・点眼 () 滴 ・その他 ()	・粉末 () 包 ・錠剤 () 錠 ・点眼 () 滴 ・その他 ()	・粉末 () 包 ・錠剤 () 錠 ・点眼 () 滴 ・その他 ()
時 間	・食前 ・ 食後 ・その他 ()	・食前 ・ 食後 ・その他 ()	・食前 ・ 食後 ・その他 ()
方 法 (飲ませ方)	・飲む (一部支援) ・飲む (自分で) ・さす ・ぬる ・その他 ()	・飲む (一部支援) ・飲む (自分で) ・さす ・ぬる ・その他 ()	・飲む (一部支援) ・飲む (自分で) ・さす ・ぬる ・その他 ()
副 作 用 等	食欲不振、腹痛、発疹		
薬使用後の 観察ポイント	体調、顔色に変化がないかみてください。		
処方を受け た医療機関	医療機関：〇〇病院 電話番号：000-000-0000 医師氏名：〇〇 〇〇	医療機関： 電話番号： 医師氏名：	医療機関： 電話番号： 医師氏名：

(お願い)

与薬に関する事故を防ぐため、以下のものをセットにしてご提出くださるようご協力をお願いします。

- 1 薬 (1回分のみ。日付・与薬時間 (昼食後など)・名前を記入してください。)
- 2 薬の説明書 (原本またはコピー)
- 3 与薬に必要な道具 (スプーン・皿・スポイト等)