

与薬依頼書

年 月 日

山梨県立特別支援学校うぐいすの杜学園 校長殿

部 年 児童生徒氏名 担当者 保護者氏名 印

いずれかに○をしてください。

- ・臨時用 (かぜや花粉症など短期間使用する)
- ・常用 (昼食後の内服など、毎日学校で服用する)

《医薬品の取り扱いについてのお願い》

1. 学校で医薬品（内服薬、点眼薬、点鼻薬、塗り薬）を使用する場合は、依頼書の提出をお願いします。
2. 医師が処方した薬に限ります。
3. 内服薬は当日使用する薬のみ持参してください。
4. 薬の小袋や容器に名前を書いてください。

次のとおり、使用の介助・確認を依頼します。

使用期間：	年	月	日	～	年	月	日まで
処方した医療機関名	TEL						
病名または症状							
保管方法	常温	冷蔵庫	その他（				）

医薬品名 (例：ハイレニン)	1回の量 (例：0mg、1包)	時間 (例：夕食後)	効能・副作用 (例：けいれん予防・ねむくなる)

薬の使用方法（例：ごく少量の水で溶き、スプーンで飲む）

* 医薬品情報は、薬局から発行される薬剤情報提供書がある場合はそのコピーの添付でかまいません。