兵庫県立芦屋特別支援学校長　様

一 時 的 な 与 薬 の 依 頼 書

（主治医から指示されていることをご記入ください）

主治医の指示により、一時的に与薬の必要がありますので下記の方法で対応していただきますようよろしくお願いいたします。

部　　学年　　組　　児童生徒名

病名・状態	
薬の名前	
与薬を行う時間帯	・給食前　　・給食後　　・決まった時間＿＿＿＿＿＿時 ・その他
与薬を行う者	・本人　　・担任　　・その他（　　）
実施期間	令和　　年　　月　　日　～　令和　　年　　月　　日
一回の飲む量	
薬の飲み方 使用方法	
使用に際しての 注意事項	
処方された病院名、 医師名	・病院名（　　） ・医師名（　　）

令和　　年　　月　　日

保護者名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

※薬は一回分毎にまとめ、服用分または使用分のみを毎日持たせてください。市販薬の与薬はできませんのでご了承ください。