

兵庫県立阪神特別支援学校長様

与薬依頼書(一時的服用)  
(主治医から指示されていることを記入してください)

主治医の指示により、一時的に与薬の必要があるので下記の方法で対応してください。

分教室 年 組 生徒名 \_\_\_\_\_

病名・状態	
薬の名前	
与薬を行う時間帯	・昼食前 　・昼食後 　・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	平成 年 月 日 ( ) ~ 平成 年 月 日 ( ) ( 日分)
1回量	
与薬の方法 (飲ませ方等)	
使用に際しての 注意事項	
処方された病院・医師	・病院名 ( ) ・医師名 ( )

平成 年 月 日

保護者名 \_\_\_\_\_ 印

※薬は1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。