令和　　　年　　　月　　　日

県立神戸聴覚特別支援学校長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　部　　　　　　　年（才）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　幼児児童生徒名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　保護者名（自署）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　与　　薬　　依　　頼　　書

　　　　　　　　主治医の指示により（処方）より、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。

１．病　　名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

　　処方された病院名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

２．薬品名（　　　　　　　　　　　　　　　　）（　　　　　　　　　　　　　　　　）（　　　　　　　　　　　　　　　　）

３．薬の飲み方

　　　　　　　　１回分の量（何錠・何袋）、軟膏の塗り方、目薬のさしかた等

　　　　　　　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

４．薬の保管場所（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

５．与薬をおこなう者（　　　本人　　　・担任　　　・養護教諭　　　・看護師　　　）

６．与薬をおこなう時間帯

　　　　　　　　・食事前　　　　　・食事後　　　　　・その他の決まった時間　　　　　時　　　　　分

　　　　　　　　・緊急時（使用する際の症状：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

７．使用に際しての注意事項

　　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

８．実施期間　　令和　　　年　　　月　　　日～令和　　　年　　　月　　　日

９・与薬の際に注意する事項

薬の持たせ方

1. １回分ずつ小袋にまとめてください。
2. 小袋にクラス、名前、飲む（使用）日、飲む（使用）時間帯を記入してください。
3. 要冷蔵の場合は「要冷蔵」と記入してください。
4. 一人で飲めない（使用できない）場合は、飲ませ方（使用の方法）を記入してください。
5. 座薬に関しては、使用後、病院受診させていただきますので、ご了承ください。

＊なお、ご提出いただいた書類は、お子様の健康管理以外にはいっさい使用いたしませんので、保護者の

方のご理解とご協力をよろしくお願いいたします。担任や学年団とは情報の共有をさせていただきます。