兵庫県立こやの里特別支援学校長　様

与薬（一時的服用）の依頼書
（主治医に言わ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。

（ 小学 ・ 中学 ・ 高等 ）部　　年　　組　　児童生徒名

病名・状態	
薬の名前	
一回の服用量・使用量	
薬の飲み方・使用方法	
与薬を行う時間帯・ 使用の目安（症状など）	・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
服用・使用に際しての 注意事項	
処方された病院名、 医師名、連絡先	・病院名（　　） ・医師名（　　） ・電話番号（　　）

※薬は一回分ごとに分包し、服用または使用分のみを毎日持たせてください。

令和　　年　　月　　日

保護者名