

与薬依頼書（一時薬）

令和 年 月 日

広島県立西条特別支援学校長 様

医師より、次のような指示がありましたので、学校での与薬をお願いします。

小・中・高 年 氏 名 _____

保護者氏名 _____

⑩

病院名			
薬品名 <small>※1包化の場合は 列記して下さい</small>	①	②	③
(形態)	粉薬・錠剤・水薬 その他()	粉薬・錠剤・水薬 その他()	粉薬・錠剤・水薬 その他()
薬の用途 <small>例)かぜ薬 胃腸薬</small>			
服用時間	【昼】食前・食後・食間	【昼】食前・食後・食間	【昼】食前・食後・食間
	その他()	その他()	その他()
服用量	1回量は,	1回量は,	1回量は,
	包・滴・錠 ml・g・mg	包・滴・錠 ml・g・mg	包・滴・錠 ml・g・mg
服用方法	経口 注入 その他()	経口 注入 その他()	経口 注入 その他()
保管方法	常温・冷蔵 その他()	常温・冷蔵 その他()	常温・冷蔵 その他()
与薬依頼 期間	例)4/12 又は 4/12~15		

※ 薬のしおり(コピー)も添付してください。

※ 薬は一日毎に持ってきてください。

※ 急性疾患時(2週間以内)です。

与薬簿 (学校控え)

与薬日	時間	与薬者	確認者	与薬日	時間	与薬者	確認者
/	;			/	;		
/	;			/	;		
/	;			/	;		
/	;			/	;		
/	;			/	;		

※ 原本保健室、複写を与薬簿ファイルに綴じ、与薬後、記録します。

※ 連絡帳の与薬欄にサインして、保護者の方にお知らせしてください。

※ 与薬期間終了後、与薬簿ファイルを保健室に返却してください。