

服薬依頼書

岩手県立盛岡視覚支援学校

病名(または症状) :
主治医 : () 病院・医院・クリニック、() 先生 ☎
薬剤名 :
薬の剤型 : 内服薬 (粉・液・錠剤・カプセル)、外用薬 () 点眼薬 ()、その他 ()
<p><内服薬> ※ 該当するものに○・記入</p> <p>使用方法・使用量 : 朝・昼・夜・寝る前の食前・食後・食間に _____包 _____錠 _____カプセル 液薬_____個 (瓶)</p> <p>服薬期間 : () _____月 _____日～ _____月 _____日まで () 日常薬として毎日 () その他 (具体的に: _____)</p>
<p><外用薬・点眼薬など> ※ 該当するものに○・記入</p> <p>使用方法・使用量 : 朝・昼・夜・寝る前に塗布・貼用・点眼する () _____月 _____日～ _____月 _____日まで () 日常薬として毎日 () その他 (具体的に: _____)</p>
保管方法 : 室温・冷蔵庫・その他 ()
薬剤情報提供書 : あり・なし
その他の注意事項

平成 年 月 日

幼・小・中・高普・高理 _____年 幼児児童生徒氏名

保護者氏名

印

※ 臨時薬 : ある一定期間あるいは臨時的に必要な薬 (例えば風邪薬、塗り薬、点眼薬など)

※ 緊急時薬 : 緊急時に必要な薬 (例えば抗てんかん薬の座薬など)