

薬 剤 依 頼 書

病名 または症状						
医療機関名 主治医名	病院・医院・クリニック					
	主治医氏名			TEL		
使用期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日					
薬剤名						
使用方法	朝（食前・食後）		朝（食前・食後）		朝（食前・食後）	
	昼（食前・食後）		昼（食前・食後）		昼（食前・食後）	
	夕（食前・食後）		夕（食前・食後）		夕（食前・食後）	
薬の剤型 使用薬量	粉薬 包		粉薬 包		粉薬 包	
	錠剤 錠		錠剤 錠		錠剤 錠	
	水薬 ml		水薬 ml		水薬 ml	
	カプセル 個		カプセル 個		カプセル 個	
座薬 個		座薬 個		座薬 個		
点眼薬 滴		点眼薬 滴		点眼薬 滴		
貼薬 軟膏		貼薬 軟膏		貼薬 軟膏		
その他()		その他()		その他()		
保管方法	室温・冷蔵・暗所		室温・冷蔵・暗所		室温・冷蔵・暗所	
その他 注意事項					薬剤説明書	薬剤保管
					あり・なし	担任 寄宿舎 保健室

岩手県立前沢明峰支援学校長 様

上記のとおり、学校に薬剤を依頼しますので、与薬してください。

平成 年 月 日

小・中・高 年 組 児童生徒氏名

保護者氏名

印