

## 薬 剤 依 頼 書

病 名 (または症状)						
主 治 医 (医療機関名)	主治医氏名			TEL		
	( 病院・医院・クリニック )					
使用期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日					
薬 剤 名						
使用 方 法	朝・昼・夜	食前・食後	朝・昼・夜	食前・食後	朝・昼・夜	食前・食後
	定時 :	発作・パニック	定時 :	発作・パニック	定時 :	発作・パニック
	( )	( )	( )	( )	( )	( )
薬 の 剤 型	粉・液・錠・カプセル・点眼薬		粉・液・錠・カプセル・点眼薬		粉・液・錠・カプセル・点眼薬	
	貼薬・軟膏・座薬・( )		貼薬・軟膏・座薬・( )		貼薬・軟膏・座薬・( )	
使用薬量	包・錠・カプセル		包・錠・カプセル		包・錠・カプセル	
保管方法	室温・冷蔵・( )		室温・冷蔵・( )		室温・冷蔵・( )	
そ の 他 注意事項など				薬剤説明書		薬剤保管
				あり・なし		組 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、学校に薬剤の預かりを依頼しますので、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