＜様式①＞

薬預かり及び与薬依頼書

年　　月　　日

岩手県立盛岡ひがし支援学校長　様

小・中・高　　年　氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

保護者氏名又は施設名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

医師の診察を受けたところ次のとおり指示がありましたので、保護者に代わって与薬をお願いします。

（　　）**定期薬**

抗けいれん薬、抗アレルギー薬、抗喘息薬、向精神薬等、毎日定時に使用する薬

（　　）**臨時薬**　**◇学校での服薬期間：　　月　　日～　　月　　日まで**

風邪薬、花粉症等の薬や目薬、塗り薬等、期間が短期間で一時的に使用する薬

	薬品名	服薬時間	留意点
内服薬		（　）昼食前 （　）昼食後 （　）その他 ＿＿＿＿＿＿	
		（　）昼食前 （　）昼食後 （　）その他 ＿＿＿＿＿＿	
外用薬		使用時間・使用方法・使用にあたっての注意事項等	
医療機関名			
保護者緊急連絡先			

※　薬の説明書（コピー可）を添付してください。

※　薬は、目薬や塗り薬など分包できないものを除き、**毎回１回分ずつ**持たせてください。その際は薬の袋・容器に必ず「名前・服薬日時」をご記入ください。

※　薬の内容・量・服薬時間等が変更になった場合は、その都度お知らせください。