

令和 年 月 日

岩手県立盛岡となん支援学校長 様

定期薬預かり及び与薬依頼書（通学生用）

部 年 児童生徒氏名

保護者氏名

印

（緊急連絡先： ）

【服薬】

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、保護者に代わって昼の与薬をお願いします。

		薬品名	種類・量	服薬時間	留意点
内服薬	昼		粉末 包 錠剤 錠 その他（ ）	昼食前 昼食後 その他（ ）	
			粉末 包 錠剤 錠 その他（ ）	昼食前 昼食後 その他（ ）	
外用薬				時間等	

*薬の内容について詳しく書かれたもの（薬剤情報提供書など）のコピーを添付してください。

*留意点には、飲み合わせに必要な薬や食べ物などがあれば書いてください。

*薬は目薬やぬ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。

*変更がありましたらその都度お知らせください。

令和 年 月 日

岩手県立盛岡となん支援学校長 様

臨時薬預かり及び与薬依頼書（通学生用）

部 年 児童生徒氏名

保護者氏名

（緊急連絡先： ）

【服薬】

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、保護者に代わって昼の与薬をお願いします。

○服薬開始日 年 月 日

○服薬終了日 年 月 日

		薬品名	種類・量	服薬時間	留意点
内服薬	昼		粉末 包 錠剤 錠 その他（ ）	昼食前 昼食後 その他（ ）	
			粉末 包 錠剤 錠 その他（ ）	昼食前 昼食後 その他（ ）	
外用薬				時間等	

* 薬の内容について詳しく書かれたもの（薬剤情報提供書など）のコピーを添付してください。

* 留意点には、飲み合わせに必要な薬や食べ物などがあれば書いてください。

* 薬は目薬やぬ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。

* 変更がありましたらその都度お知らせください。