

## 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	令和 年 月 日 ~ 令和 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）		
	寝る前		寝る前		寝る前		
	定時（ : ）（ : ）		定時（ : ）（ : ）		定時（ : ）（ : ）		
	発作時 ・ 不穏時		発作時 ・ 不穏時		発作時 ・ 不穏時		
	その他（ ）		その他（ ）		その他（ ）		
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						薬剤保管	
						担任	寄宿舎

岩手県立前沢明峰支援学校長 様

上記のとおり、**薬剤説明書**を添えて、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。

令和 年 月 日

小・中・高 年 組 児童生徒氏名

裏は記入例

保護者氏名

記入例

日常薬 臨時薬 緊急薬

薬 剤 依 頼 書

病名 または症状	かぜ		
医療機関 主治医名	○×△		病院・医院 <b>クリニック</b>
	主治医氏名	○×△先生	TEL 〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇
使用期間	令和〇年〇月〇日 ~ 令和〇年〇月〇日		
薬剤名	トラネキサム酸錠250mg	サラザック配合顆粒	
使用方法	朝（食前・食後）	朝（食前・食後）	朝（食前・食後）
	昼（食前・ <b>食後</b> ）	昼（食前・ <b>食後</b> ）	昼（食前・食後）
	夕（食前・食後）	夕（食前・食後）	夕（食前・食後）
	寝る前	寝る前	寝る前
	定時（ : ）（ : ）	定時（ : ）（ : ）	定時（ : ）（ : ）
	発作時 ・ 不穏時	発作時 ・ 不穏時	発作時 ・ 不穏時
	その他（ ）	その他（ ）	その他（ ）
薬の剤型 使用薬量	粉薬	包	粉薬
	錠剤	1錠	錠剤
	水薬	ml	水薬
	カプセル	個	カプセル
	座薬	個	座薬
	点眼薬	滴	点眼薬
	貼薬	軟膏	貼薬
	その他（ ）		その他（ ）
保管方法	<b>室温</b> ・冷蔵・暗所	<b>室温</b> ・冷蔵・暗所	室温・冷蔵・暗所
			薬剤保管
その他 注意事項			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、**薬剤説明書**を添えて、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。

令和 〇 年 〇 月 〇 日

**小**中・高 〇 年 〇 組 児童生徒氏名 **明峰 太郎**

保護者氏名 **明峰 一郎**