

与薬依頼書

福井県立ろう学校

対象者	幼稚部 ・ 小学部 ・ 中学部 ・ 高等部 年 氏名
病名 (症状)	
受診機関 主治医	医療機関名 () 主治医氏名 ()
持参した薬剤の情報	薬剤名 内服薬 ・ 外用薬 ・ 点眼薬 ・ その他 () () () ()
	保管 常温 ・ 冷暗所 ・ 冷蔵庫
	与薬時間 朝 ・ 昼 ・ 夜 ・ 必要と思われる時 () 食前 ・ 食間 ・ 食後 ・ その他 (何時頃)
	方法 (飲ませ方・塗り方など)
服用期間	令和 年 月 日 ～ 月 日 (日分)
その他注意事項 (現在あらわれている副作用・作用)	
※薬剤情報を添付してください。	

上記のとおり、保護者に代わって与薬をお願いします。

令和 年 月 日 保護者氏名 印