

与薬依頼書(学校用)

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 ()					
服薬情報		薬剤名	用法 (内用・外用・ 点眼・その他)	用量	保管	
	(例)	ムコダイン錠 250mg	①・外 眼・他	1回1錠 昼食後	①常温 冷暗所 冷蔵庫	
	薬剤情報	①		内・外 眼・他		常温 冷暗所 冷蔵庫
		②		内・外 眼・他		常温 冷暗所 冷蔵庫
		③		内・外 眼・他		常温 冷暗所 冷蔵庫
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)						

【保護者確認事項】

- 与薬依頼書の規約を確認し、内容に同意します。
- 薬剤情報のコピーを添付しました。
- 薬剤は1回分ずつに分け、「与薬日・与薬時間・氏名」を記入しました。
- 上記のとおり、保護者に代わって服薬管理をお願いします。

令和 年 月 日 保護者氏名