

与薬依頼書(寄宿舍用)

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)	フェキソフェナジン塩酸塩錠 60mg	①・外 眼・他	1回1錠 朝夕食後	①常温 冷暗所 冷蔵庫
	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