**与薬依頼書（一時服用）**

令和　　年　　月　　日

特別支援学校　聖母の家学園　様

　医師の診察を受けたところ、以下の通り指示がありました。つきましては、児童・生徒に対する与薬を行っていただくようお願いします。

なお、この与薬依頼書によって与薬した結果については、学校の責任を問いません。

　　　　　　　　　　　　　部　　　　　科　　　　組　　　氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　保護者氏名　　　　　　　　　　　　　　印

※必要事項をご記入下さい。

病　院

主治医

病名（症状でも可）

〈内服薬〉

|  |  |
| --- | --- |
| 薬品名 |  |
| 服用量 |  |
| 保管場所 |  |
| 服用方法 |  |
| 服用期間 |  |

　〈外用薬〉

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 塗り薬 | 薬品名 | 回数　　　回  （塗る時間帯：　　　　　　　）  患部　（　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 点眼薬 | 薬品名 | 回数　　　回  （点眼する時間帯：　　　　　　　）  患部　（　左目　・　　右目　） |

特記事項