

投薬依頼書

薬（飲み薬など）については、**1回分ずつ**まとめ、
薬の袋に**氏名**や**飲む時間の明記**をしてください。

部 氏名

- 1 病名（または症状）
- 2 持参した薬（該当するものに○をつけてください）
 - ・医師の処方薬
 - ・市販薬 **※塗り薬のみ。市販の飲み薬は学校では服用できません。**
(使用説明書を添付してください。)
 - ・粉薬 ・錠剤 ・カプセル ・水薬 ・塗り薬 ・点眼薬 ・点鼻薬
 - ・その他（ ）
- 3 薬品名、量および作用など（具体的にお書きください）
(例) デバケンR 200mg 1回1錠 抗てんかん剤
- 4 学校での投薬時間（該当するものに○をつけてください）
昼 ・ 必要とされるとき（1日の服薬回数 回）
食前 ・ 食間 ・ 食後 ・ その他（何時頃）
- 5 具体的な薬の飲ませ方など投薬の方法（必要な場合は記入してください）
(例) 3種類を1粒ずつ、白い線で一目盛りずつ、水に溶かしてなど
- 6 投薬が必要な期間
令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日
- 7 その他の注意事項（薬の副作用など）
- 8 医療機関名・主治医名（分からなければ結構です）

上記のとおり、保護者に代わって投薬をお願いします。

令和 年 月 日

保護者氏名（自署）

※薬剤情報のコピーを添付してください。

担任確認