

(様式2)

与薬依頼書

臨時薬用／宿泊学習用

石川県立錦城特別支援学校長 様

令和 年 月 日

下記について与薬することを依頼します。

保護者氏名

(小・中・高) 年・児童生徒氏名

(* 該当するものに○、または必要事項を明記)

処方を受けた 医療機関	病院・医院 (主治医) 電話()-()-()					
依頼期間	令和()年()月()日～()月()日()日分					
薬の内容	薬の名前	効能 (何の薬か)	形状	色	1回量 (包、錠、ml等)	与薬時間
	①		水・粉・錠・カプセル クリーム・()			朝・昼・夕・眠前 食前・食後 その他()
	②		水・粉・錠・カプセル クリーム・()			朝・昼・夕・眠前 食前・食後 その他()
	③		水・粉・錠・カプセル クリーム・()			朝・昼・夕・眠前 食前・食後 その他()
	④		水・粉・錠・カプセル クリーム・()			朝・昼・夕・眠前 食前・食後 その他()
⑤		水・粉・錠・カプセル クリーム・()			朝・昼・夕・眠前 食前・食後 その他()	
与薬方法 及び 注意事項	・ 少量の水に溶かして飲ませる ()と混ぜて飲ませる ・ そのまま口に入れて水分を飲ませる ・ 自分で飲むため確認が必要 ・ 必ず水で服用 ・ スプーン、スポイドで飲ませる ・ 経管から与薬する ・ その他(具体的に)					
外用薬の 使用方法						
保存方法	・ 室温 ・ 冷蔵庫 ・ その他()					

<その他注意事項>

- ① 与薬をする教職員は、この依頼書を見て与薬しますので、**確実に記入**をしてください。
- ② 原則、**医療機関で処方された薬**とします。
- ③ **記載内容に変更があった場合、新たに依頼書を記入し、提出**してください。
- ④ 裏面「与薬確認書」には、**氏名、与薬日(月日・曜日・時間)**を記入してください。
- ⑤ **校外への宿泊学習(校外合宿、修学旅行)の場合、薬剤情報提供書(処方せん等)を依頼書と一緒に提出**してください。
(裏面も記入)

◇保護者の方は、下記の児童生徒氏名、与薬が必要な月日、曜日を記入し、該当する時間に○印をしてください。

与薬確認書<臨時薬用/宿泊学習用>

(小・中・高) _____ 年・児童生徒氏名 _____

保護者記入			学校記入		保護者記入			学校記入	
月日	曜日	時間	実施者サイン	備考	月日	曜日	時間	実施者サイン	備考
/		朝			/		朝		
		昼					昼		
		夕					夕		
		眠前					眠前		
/		朝			/		朝		
		昼					昼		
		夕					夕		
		眠前					眠前		
/		朝			/		朝		
		昼					昼		
		夕					夕		
		眠前					眠前		
/		朝			/		朝		
		昼					昼		
		夕					夕		
		眠前					眠前		
/		朝			/		朝		
		昼					昼		
		夕					夕		
		眠前					眠前		

※「備考」欄には、与薬中、与薬後に何かあった場合（嘔吐等）や、何らかの理由により与薬できなかった場合に記入します。