

与薬依頼書（内用薬）

石川県立小松特別支援学校長 様

私に代わり、下記のとおり与薬を依頼します。

令和 年 月 日

保護者氏名 _____

(小・中・高) 年 組 氏名 _____

記

項目	○または必要事項を、ご記入ください。	
1 薬の名前 (複数可)	(1)	(2)
	(3)	(4)
	(5)	(6)
2 処方された 医療機関名		
※「薬の説明書」が調剤薬局から出ている場合は提出してください。コピー後に返却します。		
3 与薬時間	朝食 前・後 、 昼食 前・後 、 夕食 前・後 、 就寝前 () 時に 、 () 食と () 食の間 痛いとき、かゆいとき、その他 ()	
4 1回量	粉薬：() 包	錠剤：() 錠
	カプセル：() 個	水薬：() ml
5 与薬方法	例) 少量の水に溶かす。〇〇に混ぜる。必ず水で服用。 服用前後1時間以内グレープフルーツ禁。等	
6 依頼期間	(1) () 月 () 日のみ	
	(2) () 月 () 日～ () 月 () 日まで	
	(3) () 月 () 日～ 学期末まで	
7 備考	例) 自分で飲むので、確認してください。等	

【注意事項】

※定期薬の場合は、学期単位で依頼書を提出してください。

変更があった場合もその都度提出してください。

確実に与薬しました。(実施者のサイン)

月			月			月			月		
日	曜	実施者									
1			1			1			1		
2			2			2			2		
3			3			3			3		
4			4			4			4		
5			5			5			5		
6			6			6			6		
7			7			7			7		
8			8			8			8		
9			9			9			9		
10			10			10			10		
11			11			11			11		
12			12			12			12		
13			13			13			13		
14			14			14			14		
15			15			15			15		
16			16			16			16		
17			17			17			17		
18			18			18			18		
19			19			19			19		
20			20			20			20		
21			21			21			21		
22			22			22			22		
23			23			23			23		
24			24			24			24		
25			25			25			25		
26			26			26			26		
27			27			27			27		
28			28			28			28		
29			29			29			29		
30			30			30			30		
31			31			31			31		