

与薬依頼書(外用薬)

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 (効用も記入)	(1)	効用 ()
		(2)	効用 ()
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・昼・夕・ねる前・()時 プールの後・入浴後・痛い時・かゆい時 その他()	
4	1回量	点眼薬	(右眼・左眼・両眼)に()滴 種類は()種類 その他()
		貼り薬	(箇所)に、 (半分サイズ・1枚・2枚・その他：)貼る。
		塗り薬	(箇所)に、 (量)塗る。
		その他	点耳薬・点鼻薬・うがい薬等 ()
5	与薬方法	(例) 眼につけないように。はがれないようにテープでとめる。 うっすら塗り、ふきとる。ガーゼでおおう。等	
6	保存方法	常温・冷所・暗所・その他()	
7	依頼期間	(1) ()月()日 のみ (2) ()月()日 ~ ()月()日まで (3) ()月()日 ~ 学期末まで	
8	備考	(例) 自分でできるので、確認してください。等	

【注意事項】

※定期薬の場合、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		