

令和 年 月 日

能登町立柳田小学校長 様

与薬依頼書

児童氏名 _____

保護者氏名 _____ 印

医師の指示により学校生活時間内に与薬が必要ですので、保護者に代わり与薬することを依頼します。

医療機関名		
病名（症状）		
くすりの名前		
くすり	① 与薬の期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで
	② 与薬の時間	給食前 ・ 給食後 ・ その他（ ）
	③ 与薬の方法	<ul style="list-style-type: none"> ・ 少量の水に溶かして飲ませる ・ 薬を先に口の中に入れて、水分を飲ませる ・ 自分で飲むが、確認が必要 ・ 塗り薬の注意等（ ） ・ その他（ ）
	④ 1回量	<p>【錠剤】：（ ）種類で（ ）色が（ ）錠 （ ）色が（ ）錠</p> <p>【粉薬】：（ ）種類で（ ）色が（ ）袋 （ ）色が（ ）袋</p> <p>【カプセル】（ ）種類で（ ）色が（ ）個 （ ）種類で（ ）色が（ ）個</p> <p>【塗り薬】（ ）</p> <p>【その他】（ ）</p>
	⑤ 保管方法	室温 ・ 冷蔵庫 ・ 暗所 ・ その他（ ）
注意事項	*与薬が必要となごきの状況や使用方法など、具体的に	

【確認事項】

- * 学校での与薬は、医師の処方した薬に限ります。
- * 薬には、袋や容器等に名前を書いて持たせてください。