災害時与薬依頼書（預かり薬）

令和　　年　　月　　日

福岡県立福岡聴覚特別支援学校長 殿

部　　年　　組　幼児児童生徒氏名

保護者氏名

緊急連絡先（　　）　　－

医師の診察を受けたところ、次の通り指示がありましたので、学校において医薬品の管理及び使用における介助をお願いします。

病院名					
病名または症状					
与薬時間	朝 （食前・食後）	昼 （食前・食後）	夕 （食前・食後）	寝る前	その他
薬品名 ・ 数や量					
薬の種類	☐ 内服薬の内服　☐ 皮膚への軟膏の塗布　☐ 湿布の貼付 ☐ 点眼薬の点眼　☐ 肛門への坐薬の挿入　☐ 鼻粘膜の薬剤噴霧 ☐ その他（　　）				
保管方法	☐ 常温　☐ 冷蔵庫　☐ その他（　　）				
与薬方法 （水しかない場合も考えられます）					
特記事項 （学校生活での注意事項等）					

※　薬局でもらう**「薬の説明書」等を添付**してください。

※　依頼書の提出後に、薬品や用法・用量が変更になった場合は、再度提出してください。

※　預かり薬は、学期末に返却いたします。新学期に再度「与薬依頼書」と一緒に提出してください。

※　預かり薬は、災害時の備えとして学校で保管するものです。その他に預かりの理由等が生じた場合は、与薬方法欄または特記事項欄に詳細を記入してください。