

与薬依頼書 A (一時服用)

令和 年 月 日

福岡県立福岡聴覚特別支援学校長 殿

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使用における介助をお願いします。

部 年 組 幼児児童生徒氏名

保護者氏名

緊急連絡先 () -

病院名	
病名または症状	
薬品名	
薬の種類	<input type="checkbox"/> 内服薬の服用 <input type="checkbox"/> 皮膚への軟膏の塗布 <input type="checkbox"/> 湿布の貼付 <input type="checkbox"/> 点眼薬の点眼 <input type="checkbox"/> 肛門への坐薬の挿入 <input type="checkbox"/> 鼻粘膜の薬剤噴霧 <input type="checkbox"/> その他 ()
与薬時間	<input type="checkbox"/> 食後 <input type="checkbox"/> 食間(時) <input type="checkbox"/> 食前 <input type="checkbox"/> その他 ()
1回の量	<input type="checkbox"/> 包 <input type="checkbox"/> ml <input type="checkbox"/> 錠 <input type="checkbox"/> mg <input type="checkbox"/> その他 ()
与薬期間	月 日(曜日) ~ 月 日(曜日) その他 ()
保管方法	<input type="checkbox"/> 常温 <input type="checkbox"/> 冷蔵庫 <input type="checkbox"/> その他 ()
与薬方法	
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。