

与薬依頼書 B
(災害時用預かり薬)

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	<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 ()				
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 (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。
- ※ 預かり薬と依頼書は、学期末に返却いたします。新学期に再度提出してください。
- ※ 災害時用預かり薬は、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。

与薬内容に変更はありませんので、2 学期も与薬を依頼します。

令和 年 月 日 保護者氏名 _____

与薬内容に変更はありませんので、3学期も与薬を依頼します。

令和 年 月 日 保護者氏名 _____