

# 与薬依頼書 C (緊急時用預かり薬)

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	
薬品名 ・ 数や量	
薬の種類	<input type="checkbox"/> 内服薬の服用 <input type="checkbox"/> 肛門への坐薬の挿入 <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	
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。
- ※ 緊急時用預かり薬は、緊急時対応として学校で保管するものです。坐薬や口腔用液など緊急性の高い薬を預ける場合は、必ず「医師の指示書」とともに提出してください。「医師の指示書」は医療機関によっては料金が発生する場合があります。

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 \_\_\_\_\_