

薬の説明書など処方内容がわかるものの写しを添付してください

<あて先>さいたま市立さくら草特別支援学校長

与薬依頼書

()月分の学校での与薬を依頼します。与薬内容等については下記のとおりです。

平成 年 月 日 保護者氏名 印

| | | | |
|-----------|--|---|--------|
| クラス | 小 中 高 | 組 | 児童生徒氏名 |
| 医薬品名・量 | | | |
| 薬のはたらき | | | |
| 与薬時間 | ()時頃 給食前 給食後 その他 内服薬以外の場合(軟膏・目薬など)は、薬を使う状況をなるべく詳しく記入してください | | |
| 使用時の注意 | | | |
| 保存方法 | 常温 冷暗所 その他 | | |
| 医療機関名・医師名 | | | |

()月 与薬実施表 (学校で記入します)

| 日 | 曜 | 時間 | 実施者 | 日 | 曜 | 時間 | 実施者 | 日 | 曜 | 時間 | 実施者 |
|----|---|----|-----|----|---|----|-----|----|---|----|-----|
| 1 | | | | 12 | | | | 23 | | | |
| 2 | | | | 13 | | | | 24 | | | |
| 3 | | | | 14 | | | | 25 | | | |
| 4 | | | | 15 | | | | 26 | | | |
| 5 | | | | 16 | | | | 27 | | | |
| 6 | | | | 17 | | | | 28 | | | |
| 7 | | | | 18 | | | | 29 | | | |
| 8 | | | | 19 | | | | 30 | | | |
| 9 | | | | 20 | | | | 31 | | | |
| 10 | | | | 21 | | | | | | | |
| 11 | | | | 22 | | | | | | | |

* 最終日の与薬実施をご家庭で確認しましたら、右欄に捺印の上、この用紙は学校にお戻ください。

保護者確認印

| |
|--|
| |
|--|