

★風邪などの急性疾患で1週間程度の与薬を依頼する時に使用してください。

千葉市立第二養護学校長 様

令和 年 月 日

**臨時の与薬依頼書**

年 児童名

保護者氏名

印

※自署の場合は捺印を省略できます

医師より処方があった薬です。以下の通り、与薬を依頼します。

病院名		病名または症状名 (使用する薬)	例)かぜ症状(ムコダイン)
与薬時間・1回量	薬の形状	与薬の仕方	
例)給食後・1包	・粉薬 ・錠剤 ・水薬 ・軟膏 ・その他 ( )	・少量の水に溶かして ・自分で飲む ・塗る 場所( ) ・点眼 ・点鼻 ・口に入れる ・貼る 場所( ) ・その他( )	
※使用時の注意や主治医からの指示事項を記入してください。			与薬期間
			月 日 ~ 月 日

月 日		月 日		月 日		月 日		月 日	
家庭から お願い	学校から 済み	家庭から お願い	学校から 済み	家庭から お願い	学校から 済み	家庭から お願い	学校から 済み	家庭から お願い	学校から 済み

※5回以上、与薬が継続する際は、連絡帳の欄外に与薬スタンプを押します。

※薬の説明書のコピーを添付してください。

★風邪などの急性疾患で1週間程度の与薬を依頼する時に使用してください。

千葉市立第二養護学校長 様

平成 年 月 日

**臨時の与薬依頼書**

年 児童名

保護者氏名

印

※自署の場合は捺印を省略できます

医師より処方があった薬です。以下の通り、与薬を依頼します。

病院名		病名または症状名 (使用する薬)	例)かぜ症状(ムコダイン)
与薬時間・1回量	薬の形状	与薬の仕方	
例)給食後・1包	・粉薬 ・錠剤 ・水薬 ・軟膏 ・その他 ( )	・少量の水に溶かして ・自分で飲む ・塗る 場所( ) ・点眼 ・点鼻 ・口に入れる ・貼る 場所( ) ・その他( )	
※使用時の注意や主治医からの指示事項を記入してください。			与薬期間
			月 日 ~ 月 日

月 日		月 日		月 日		月 日		月 日	
家庭から お願い	学校から 済み	家庭から お願い	学校から 済み	家庭から お願い	学校から 済み	家庭から お願い	学校から 済み	家庭から お願い	学校から 済み

※5回以上、与薬が継続する際は、連絡帳の欄外に与薬スタンプを押します。

※薬の取扱書のコピーを添付してください。