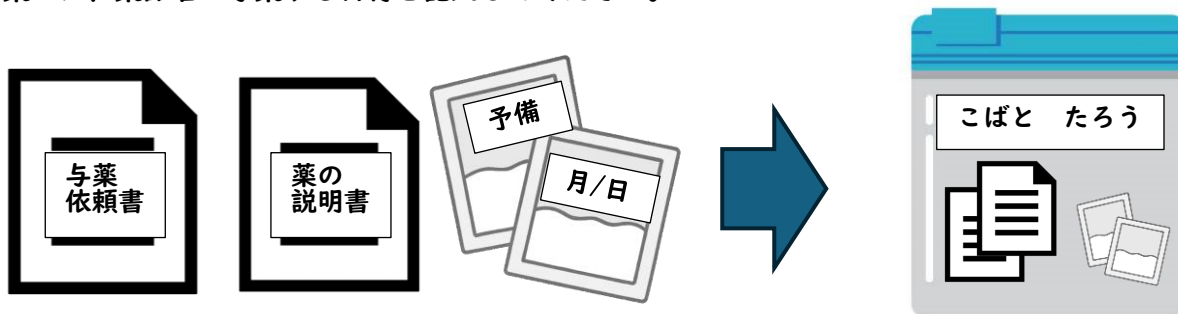


与薬について

本校では、医師による指示のもと、保護者からの依頼を受け、与薬を実施します。医師から処方された薬が対象です。市販薬はお預かりできません。

【準備方法】

- ①下部の与薬依頼書に必要事項をご記入ください。
- ②与薬依頼書と薬（予備を含めた2回分）、薬の説明書（コピー可）をチャック付き袋に入れ、連絡帳袋に入れてください。
※薬には、薬品名と与薬する日付を記入してください。



- ③与薬後の空袋は内服確認のため持ち帰りますので、ご自宅で破棄してください。

キ リ ト リ

与薬依頼書

千葉市立第二特別支援学校長 様

令和 年 月 日

年 児童名

保護者氏名

(※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。以下のとおり、与薬を依頼します。

薬品名	用量	与薬時間
例) デパケン	例) 1包	例) 給食後
与薬方法・使用方法		
例) 少量の水に溶かして口に入れる。		
使用時の注意や主治医からの指示事項		
与薬期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日	
(※終了が未定の場合は空欄)		