

【様式1】

臨時（一時） 服用・使用する薬に関する依頼書

令和 年 月 日

山梨県立わかば支援学校長 殿

部 年 組 氏名

保護者氏名 ㊟

学校の管理下で保護者に代わって、薬の保管及び服用・使用の介助をお願いします。  
 なお、留意事項等は添付した薬の説明書のとおりです。

病名（または症状）		緊急時の連絡先（続柄）	TEL ( )
医療機関名		主治医名	

1 内服薬

服用期間	年 月 日 ( ) から 年 月 日 ( ) まで				
薬の名前	何の薬ですか	1回量	1日量	薬の種類	服薬時間
例) ビオフェルミン	整腸剤	100mg・1錠	3回 or 3錠	粉薬 <input checked="" type="checkbox"/> 錠剤 その他( )	朝 <input checked="" type="checkbox"/> 昼 夕 就寝 食前 <input checked="" type="checkbox"/> 食後
				粉薬 <input type="checkbox"/> 錠剤 その他( )	朝 <input type="checkbox"/> 昼 夕 就寝 食前 食後
				粉薬 <input type="checkbox"/> 錠剤 その他( )	朝 <input type="checkbox"/> 昼 夕 就寝 食前 食後
				粉薬 <input type="checkbox"/> 錠剤 その他( )	朝 <input type="checkbox"/> 昼 夕 就寝 食前 食後
				粉薬 <input type="checkbox"/> 錠剤 その他( )	朝 <input type="checkbox"/> 昼 夕 就寝 食前 食後

\* 飲ませ方、使用方法、使用に当たっての注意事項等をできるだけ詳しく記入してください

2 目薬・ぬり薬

使用期間	年 月 日 ( ) から 年 月 日 ( ) まで					
薬の名前	何の薬ですか	1回量	1日量	薬の種類	使用時間	使用部位
				点眼薬 軟膏 その他( )	朝 昼 夕 就寝	
				点眼薬 軟膏 その他( )	朝 昼 夕 就寝	

\* 使用方法、使用に当たっての注意事項等をできるだけ詳しく記入してください