|  |
| --- |
| **学校用****与薬依頼書（一時服用）**　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日　　福岡県立直方特別支援学校長　様　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での与薬をお願いします。幼　小学　中学　高等　部　　　年　　組　幼児児童生徒氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　 　　保護者氏名　　　　　　　　　　　　　　印別紙詳細添付の場合は記入不要 |
| 病 院 名 |  | 期間 | 年　 月　　日～　年 　月　　日 |
| 薬の用途 |  |
| 内服薬 | 与薬時間○を付ける | 朝（食前・食後） | 昼（食前・食後） | 夕（食前・食後） | 寝る前 | その他 |
| 薬名量(ｍｇ等）数(錠・包等)（例）○○○５mg１錠 |  |  |  |  |  |
| 外用薬 | 薬名数（個・本等）量（等） |  |
| 種類 | 点眼　・　塗薬　・　坐薬　・　その他（　　　　　　　　　　　　　　） |
| 時間 | 起床時　・　入浴後　・　その他（　　　　　　　　　　　　　　　）（　　　　時頃）（　　　　　時間ごと） |
| 特記事項（医師から指示を受けたことがあれば記入してください。） |
| **寄宿舎用****与薬依頼書（一時服用）**　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日　　福岡県立直方特別支援学校長　様　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での与薬をお願いします。幼　小学　中学　高等　部　　　年　　組　幼児児童生徒氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　 　　保護者氏名　　　　　　　　　　　　　　印別紙詳細添付の場合は記入不要 |
| 病 院 名 |  | 期間 | 年　 月　　日～　年 　月　　日 |
| 薬の用途 |  |
| 内服薬 | 与薬時間○を付ける | 朝（食前・食後） | 昼（食前・食後） | 夕（食前・食後） | 寝る前 | その他 |
| 薬名量(ｍｇ等）数(錠・包等)（例）○○○５mg１錠 |  |  |  |  |  |
| 外用薬 | 薬名数（個・本等）量（等） |  |
| 種類 | 点眼　・　塗薬　・　坐薬　・　その他（　　　　　　　　　　　　　　） |
| 時間 | 起床時　・　入浴後　・　その他（　　　　　　　　　　　　　　　）（　　　　時頃）（　　　　　時間ごと） |
| 特記事項（医師から指示を受けたことがあれば記入してください。） |