

学校用

# 災害時与薬依頼書（預かり薬）

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。

（聴覚・知的・肢体）教育部門

（幼稚・小学・中学・高等）部 年 組

幼児児童生徒氏名

保護者氏名

印

病院名					
薬の用途					
与薬時間に ○をつけて ください。	朝（食前・食後）	昼（食前・食後）	夕（食前・食後）	寝る前	その他
内服薬の 種類・数や量 を記入してく ださい。					
外用薬につい て記入してく ださい。	外用薬に○をつけてください。 【 点眼 ・ 塗り薬 ・ その他 _____ 】 時間に○をつけてください。 【 起床時 ・ 入浴後 ・ 寝る前 ・ その他 _____ 】 （ 時頃 ）（ 時間ごと ） 外用薬の種類・数や量を記入してください。 【 _____ 】				

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。）

具体的な飲ませ方（水しかなかった場合）