

令和 年 月 日

加西市立加西特別支援学校長 様

与薬依頼書（日常の薬）

医師の指示により、薬の服用が必要ですので、保護者の代理で担任または担当教諭に与薬を依頼します。

小・中・高 年 児童生徒氏名

保護者氏名 印

飲ませる時間 (昼食後など)	薬の名前	服用の目的	形状 (粉・錠剤・シロップなど)	飲ませる量 (1回2錠など)
例：昼食後	ムコダイン	たんを切れやすくする	粉	1回1包

【与薬の方法】 例：粉を50ccくらいの水に溶かしてスプーンで飲ませる、粉を直接口に入れてお茶か水と一緒に飲む等

【服薬期間】

【注意点など】 ※要冷蔵、グレープフルーツを食べてはいけないなど

*この用紙は、薬の服用が必要となった時すぐに記入して提出できるよう、大切に保管しておいてください。かぜ・喘息・鼻炎・中耳炎・目薬・アトピー性皮膚炎など、一時的に学校で薬を飲む必要がある場合も、この用紙にご記入ください。(コピー可) なくなった場合は、学校にありますので担任まで連絡ください。または本校ホームページよりプリントしてご使用いただけます。