

県立はまぐみ特別支援学校長 様

薬（内服薬・外用薬）に関する依頼書

年 月 日

依頼者	児童生徒名	(小・中・高 年)				
	保護者名	印				
主治医	病院・医院名					
	医師名	電話 ()				
病名 (又は症状)						
※ 該当するものに○、または記入してください。						
①使用する期間	月 日 () ~ 月 日 ()					
②薬の内容	・内服薬 ()					
	・外用薬 ()					
②薬の剤型	・粉薬 ・ 液 (シロップ) ・ 錠剤 ・ その他 ()					
	・外用薬 (軟こう ・ 点眼 ・ はり薬)					
③薬の保管	・室温 ・ 冷蔵庫 ・ その他 ()					
⑤使用する時間	内服薬	朝 ・ 昼 ・ 夕 ・ 就寝前 食前・食後・食間				
	外用薬	1日 () 回 朝・昼・夕・就寝前				
処方内容薬での 注意事項	薬剤説明書 (有 ・ 無)					
日付	/	/	/	/	/	
投薬者サイン						