

# 与薬依頼書（一時服用・定期服用）

平成 年 月 日

筑波大学附属久里浜特別支援学校長 様

医師の診察を受けたところ、以下の通り指示がありました。つきましては、幼児児童に対する与薬を行っていただくようお願いします。

なお、この与薬依頼書によって与薬した結果については、学校の責任を問いません。

部 歳・年 幼児児童氏名

保護者氏名 印

※必要事項をご記入の上、該当するところを○で囲んで下さい。

病院名

病名（症状でも可）

## 〈内服薬〉

薬品名	
服用量	
保管場所	常温 ・ 冷蔵庫 ・ その他（ ）
服用方法	
服用期間 （医師の処方があった期間）	月 日 ～ 月 日

## 〈外用薬〉

塗り薬	薬品名	回数 回（塗る時間 帯： ） 患部 （ ）
点眼薬	薬品名	回数 回（点眼する時間 帯： ） 患部 （ 左目 ・ 右目 ）

特記事項