

与薬依頼書（寄宿舍・宿泊時・災害時用の服用）

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

病院名

病名（症状でも可）

〈内服薬〉

	昼	夜	就寝前	朝
薬品名				
服用量				
保管場所				
服用方法				

〈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