

保護者記入

学校用

寄宿舎用

学校・寄宿舎兼用

沖縄県立名護特別支援学校長 殿

定時薬 一時薬

与薬管理依頼書

名護特別支援学校（幼・小・中・高）___年 氏名 _____ の、
学校での与薬管理について、下記および別紙「薬の説明書」のとおり依頼します。

1. 何の薬	てんかん・ぜんそく・かぜ・耳鼻科（ ） 皮膚科（ ）・その他（ ）				
2. 学校での与薬期間	令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日まで				
3. 薬の名前	①		④		
	②		⑤		
	③		⑥		
4. 与薬する薬の与薬時間 ※「薬の名前」には上に書いた薬の番号(①～⑥)を入れるか、薬の名前を記入してください。使用量（何mgなど）も忘れず記入をお願いします。					
時間	朝 食前・食後・食間	昼 食前・食後・食間	夜 食前・食後・食間	就寝前 寝る 分前	その他 いつ：
薬の名前				(例)アレグラ錠60mg 1錠	
5. 薬の保管方法	1) 特になし 2) 遮光(光に当てないように暗い所に保存) 3) 冷蔵保存 4) その他（ ）				
6. 薬を使用時の注意事項・工夫 (薬の飲ませ方など)					
7. 処方した医師名 (病院・医院名)	病院名： 医師名： 連絡先(電話)：				

※与薬依頼をする際には、薬の説明書（コピー可）も一緒に提出してください。

※薬はそのときの症状に合わせて、病院から処方された新しい薬を提出してください。

保護者確認事項

==== 確認できましたら□にチェックをしてください ====

- 患者が入院・入所して治療する必要がなく容態が安定していること
- 副作用の危険性や投薬量の調整等のため、医師又は看護職員による連続的な容態の経過観察が必要ではないこと
- 内服薬については誤嚥の可能性など、当該医薬品の使用の方法そのものについて専門的な配慮が必要でないこと

令和 年 月 日

保護者氏名（代筆者）