様式３　　　　**与　薬　依　頼　書（短期間用）**

記入日：令和　　年　　月　　日

栃木県立富屋特別支援学校長　様

　　　　　　　（鹿沼分校）

　　学部　年　児童生徒氏名

　　　　　　　　　　　　保護者氏名

医師により下記の薬について指示がありましたので、学校での与薬を

お願いします。薬の説明書（コピー）を添付します。

|  |  |
| --- | --- |
| **受診病院** |  |
| **受診日** | 令和　　年　　月　　日 |
| **診断名** |  |
| **使用期間** | 令和　年　　月　　日～令和　年　　月　　日 |
| **薬名（１回量）** | **薬の種類** |
| **【記入例】○○○○○（１包）** | 錠剤･粉薬･水薬･点眼･塗り薬･他 |
| ①　　　　　（ ） | 錠剤･粉薬･水薬･点眼･塗り薬･他 |
| ②　　　　　（　 ） | 錠剤･粉薬･水薬･点眼･塗り薬･他 |
| ③　　　　　（ 　） | 錠剤･粉薬･水薬･点眼･塗り薬･他 |
| ④　　　　　（ 　） | 錠剤･粉薬･水薬･点眼･塗り薬･他 |
| ⑤　　　　　（　 ） | 錠剤･粉薬･水薬･点眼･塗り薬･他 |
| **与薬時間** | 昼食前・昼食後・その他（　　　　　　　　） |
| **使用上の****注意事項** |  |

　様式３　　　　**与　薬　依　頼　書（短期間用）**

記入日：令和　　年　　月　　日

栃木県立富屋特別支援学校長　様

　　　　　　　（鹿沼分校）

　　学部　年　児童生徒氏名

　　　　　　　　　　　　保護者氏名

医師により下記の薬について指示がありましたので、学校での与薬を

お願いします。薬の説明書（コピー）を添付します。

|  |  |
| --- | --- |
| **受診病院** |  |
| **受診日** | 令和　　年　　月　　日 |
| **診断名** |  |
| **使用期間** | 令和　年　　月　　日～令和　年　　月　　日 |
| **薬名（１回量）** | **薬の種類** |
| **【記入例】○○○○○（１包）** | 錠剤･粉薬･水薬･点眼･塗り薬･他 |
| ①　　　　　（ ） | 錠剤･粉薬･水薬･点眼･塗り薬･他 |
| ②　　　　　（　 ） | 錠剤･粉薬･水薬･点眼･塗り薬･他 |
| ③　　　　　（ 　） | 錠剤･粉薬･水薬･点眼･塗り薬･他 |
| ④　　　　　（ 　） | 錠剤･粉薬･水薬･点眼･塗り薬･他 |
| ⑤　　　　　（　 ） | 錠剤･粉薬･水薬･点眼･塗り薬･他 |
| **与薬時間** | 昼食前・昼食後・その他（　　　　　　　　） |
| **使用上の****注意事項** |  |