

平成 年 月 日

福島県立いわき支援学校長 様

## 与薬依頼書

下記の児童生徒について、保護者に代わり、薬の与薬を依頼したく、下記のとおり申請します。

小学部・中学部・高等部 年 組 氏名 \_\_\_\_\_

保護者氏名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

病院名 \_\_\_\_\_ 主治医名 \_\_\_\_\_

項目	記入例	記入欄
理由（病名）	・てんかんのため	
薬品名 及び量	・フェノバル（抗けいれん剤） 〇〇mg	
期間	・平成〇年〇月〇日 ～〇年〇月〇日	・平成 年 月 日 ～ 年 月 日 ※通年で、必要な場合は、最終日を3月末日としてください。
時間と量	・フェノバル1袋：昼食後 13時頃	
与薬の方法 及び注意点	・薬を水でといて、スプーンで 飲ませてください。 ・そのまま口の中へ入れ、水で 飲ませてください。	
保管	・常温 ・要保冷	

- 薬の説明書がある場合には、一緒にご提出ください。
- 薬は、当日の朝にその日の分を担当へお渡しください。（管理面を考え、まとめては預りません。）