

【**定時** / 臨時 薬用】 薬剤の管理・援助依頼書

〇年〇月〇日

宮城県立名取支援学校長 殿 ↑定時 / 臨時 いずれかに○をつけてください

**小**・中・高 〇年 氏名 名取 太郎 保護者氏名 名取 次郎

医師の診察を受け、下記のとおり指示がありました。  
学校での服薬が必要ですので、教員による薬剤の管理および投薬援助をお願いします。

受診した病院名		病名および症状	
〇〇〇〇〇病院		〇〇〇〇〇	
薬の名前	量	投与時間	投薬方法
飲み薬 △△△△	1錠	・昼食前 ○昼食後 ・その他( 時 分頃)	直接口に入れると飲み込みます。
ぬり薬 □□□□	薄く伸ばせるくらい	○ 13時 00分頃 ・その他( )	汗を拭いた後背中全体に塗ります。
その他 点眼薬	各眼に1滴ずつ	○ 10時 30分頃 ・その他( )	点眼後、ティッシュを渡すと自分で拭きます。

《期間》 〇年 〇月 〇日( 〇 ) ~ 〇年 〇月 〇日( 〇 )

※薬局で処方された際に渡された薬剤説明書(コピー)を必ず添付してください。

----- き り と り -----

【 定時 / 臨時 薬用】 薬剤の管理・援助依頼書

年 月 日

宮城県立名取支援学校長 殿

小・中・高 年 氏名 保護者氏名

医師の診察を受け、下記のとおり指示がありました。  
学校での服薬が必要ですので、教員による薬剤の管理および投薬援助をお願いします。

受診した病院名		病名および症状	
薬の名前	量	投与時間	投薬方法
飲み薬		・昼食前 ・昼食後 ・その他( 時 分頃)	
ぬり薬		・ 時 分頃 ・その他( )	
その他		・ 時 分頃 ・その他( )	

《期間》 年 月 日( ) ~ 年 月 日( )

※薬局で処方された際に渡された薬剤説明書(コピー)を必ず添付してください。