

《お願い》与薬に関する事故を未然に防ぐため、以下についてお守りください。

- ①お薬の説明書またはお薬手帳のコピーを必ず提出してください。
- ②薬には、必ず「日付・与薬時間（昼食後など）・名前」を記入し、当日分のみを用意してください。
- ③学校では、医師から処方された薬のみお預かりすることができます。あらかじめ、御了承ください。

○をつけてください

## （ 定時・臨時 ） 与 薬 依 頼 書

東京都立城東特別支援学校長 様

学部 年 組 児童・生徒氏名 \_\_\_\_\_

保護者氏名 \_\_\_\_\_

医師の指示により、下記通り服薬が必要です。つきましては、在校時間中に与薬の介助を依頼いたします。

### 記

#### 1 与薬期間について

年 月 日から 年 月 日まで

必ず御記入ください

（※年間を通して与薬が必要な場合は、4月初日から3月末日までと御記入下さい。）

#### 2 疾病名（症状）について （ \_\_\_\_\_ ）

#### 3 与薬内容について

○をつけてください

時間	薬の名前	形状・量	飲ませ方
昼食 食前・食中・食後	（例 アレロック）	（例 1包）	（例 粉薬を水に混ぜ、口に入れる）
その他 （例 かゆみが強い時）	（例 ヒルロイドソフト）	（例 軟膏）	（例 手や腕のかゆみがある場所に塗る）
注意事項	食べ合わせ禁止食品 無・有（ _____ ）		
医療機関名 医師名	医療機関名		医師名

※お薬の説明書を（コピーでも可）必ず御提出ください。