

令和 年 月 日

愛媛県立宇和特別支援学校長 様

## 与薬依頼書

医師の指示により、下記の薬を使用する必要があります。  
つきましては、薬についての説明書のとおり、薬使用の介助を依頼します。

児童生徒氏名	部 年 組 氏名
保護者氏名	印
与薬期間 (一時服用・定期服用)	令和 年 月 日( ) ~ 令和 年 月 日( )
使用方法等 (○または記入)	内服・点眼・点鼻・塗布・その他( ) 朝 ・ 昼 ・ 夜 ・ その他( ) 食前・食後・食間・その他( )
病名・症状	
薬の使用理由 使用注意	

### 【提出物】

- 1 薬 (医師が処方したもの)
- 2 薬の説明書の写し (病院や調剤薬局で個別に発行されたもの)  
※処方日、服用方法、注意事項、副作用等について記載されているもの
- 3 与薬依頼書 (本校の様式)

### 【注意事項】

- 1 学校で使用できるのは、医師が処方した薬のみです。市販されている一般薬についてはお預かりできません。
- 2 誤飲事故を防ぐため、薬は1回分ずつ小分けにし、氏名・使用年月日を御記入ください。原則として、通学生は1日分、寄宿舎生は、1週間分を御提出ください。長期の服用薬については保護者、寄宿舎指導員、担任等と検討を行います。
- 3 途中で処方内容の変更があった場合は、薬の説明書を再提出してください。

※与薬依頼書・説明書の提出先 学校で使用する場合 担任→保健室へ提出  
寄宿舎で使用する場合 寄宿舎指導員へ提出