

投薬依頼書

福井県立清水特別支援学校

児童生徒氏名	学部 年 氏名		
保護者名			
主治医	病院	医師	
傷病名(症状など)			
投薬期間	年 月 日 ~ 年 月 日 ※薬剤はその日の分をお預かりします。		
薬剤名 ※市販薬はお預かりできません。 ただし、ぬり薬は可。	薬 の 形 状	粉薬・顆粒	吸入薬
※薬剤名がわかれば薬剤名を御記入ください。		錠剤・カプセル	坐薬
		水薬・シロップ	貼付薬
		ぬり薬	点眼薬
		その他()	
投薬方法	例:3種類を水10ccに混ぜる、1粒ずつ水で飲ませる、両眼に3滴ずつ入れるなど		
投薬時間	朝 昼食前 昼食後 その他()		
保管方法	室温 冷蔵庫 その他()		
その他の注意事項			

※「投薬依頼書」は、薬の受け渡しと同時に提出してください。

※ 投薬後は、その都度連絡帳などでお知らせします。