**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。 | ※薬剤名がわかれば薬剤名を御記入ください。 | 薬の形状 | 粉薬・顆粒  錠剤・カプセル  水薬・シロップ  ぬり薬 | 吸入薬  坐薬  貼付薬  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。