

※記入例

与薬依頼書

※病院で処方された薬で、教員が与薬しなければ服薬が難しい場合は、与薬依頼書して登校後、学級担任に薬を預けてください。服薬が終わるときは、学校へご連絡ください。

児童氏名	2 年 (広島 花子)			
受診病院名	こもれび病院			
病名 (または症状)	鼻炎・副鼻腔炎			
薬の名前	昼	その他		与薬時間
1 エバステルOD錠	1錠			食前・食後・食間 その他 ()
2 セレスタミン錠		1錠		食前・食後・食間 その他 (1時間目の後) ()
3 ムコダイン	1包			食前・食後・食間 その他 ()
4				食前・食後・食間 その他 ()
5				食前・食後・食間 その他 ()
6				食前・食後・食間 その他 ()
保管方法	常温 冷蔵庫・その他 ()			
特記事項	薬の注意点や、くわしい服薬方法など 服薬する時間に分けてパッキングしてください。			

※お薬手帳のコピーもしくは、薬局でもらったお薬の説明を貼り付けもしくは添付してください。

与薬同意書

現在、薬の定期服用が必要であるため、保護者に代わって「両城小学校職員」が当該児童に与薬することに同意します。

なお、与薬の取り扱いで問題が生じた場合、責任は問いません。

令和 ○ ○ 年 ○ 月 ○ 日

呉市立両城小学校

2 年 5 番

児童氏名 広島 花子

保護者氏名 ○ ○ ○ ○ 印