

東京都立葛飾盲学校長殿

臨時薬与薬依頼書

下記の幼児・児童・生徒の与薬（内服薬、点眼薬等）について医師の指示に従い、下記のとおり対応を依頼します。

保護者氏名 _____ 印

記

1 学部 _____ クラス _____ 氏名 _____

2 病名・症状について ※配慮事項も合わせてご記入ください。

【記入例】花粉症のため、目の充血と鼻水が出る。 ※目の擦り過ぎに気をつける。

3 薬品名、服用方法について（あてはまるものに○をつけてください。）

薬品名	服用期間	服用時間・1回量	薬の働き	使用方法・注意点
【記入例】 アレジオン（点眼）	4/1～6/30	朝・昼・夕・就寝前 食前・食間・食後 その他（ 1日2回 ） 1回量（ 左右1滴ずつ ）	目のかゆみを抑える。	仰向けに寝かせ、点眼後5分そのままにする。
【記入例】 アレロック錠 2.5	4/1～6/30	朝・昼・夕・就寝前 食前・食間・食後 その他（ ） 1回量（ 1包 ）	アレルギーの症状を抑える。	水に溶かしてスプーンで飲む。
		朝・昼・夕・就寝前 食前・食間・食後 その他（ ） 1回量（ ）		
		朝・昼・夕・就寝前 食前・食間・食後 その他（ ） 1回量（ ）		
		朝・昼・夕・就寝前 食前・食間・食後 その他（ ） 1回量（ ）		
		朝・昼・夕・就寝前 食前・食間・食後 その他（ ） 1回量（ ）		

※薬剤情報提供書を必ず添付してください。（コピー可）

4 薬品を処方した医療機関名 _____

※薬の提出方法

①内服薬（粉薬・シロップ・錠剤・カプセル等）について、1回分毎に

ビニール袋等に入れ、氏名、服薬時間、薬品名を記入して提出。

②外用薬（塗り薬・点眼・点鼻・貼り薬）については、薬用器等に氏名を

記入して提出。

確認欄 印またはサイン

担任	養護教諭	寄宿舍
		※

※原本のみ