

投薬依頼書（常時用）

福井県立福井南特別支援学校長 様

部 年 児童生徒名
保護者名

学校または寄宿舎での日常生活において、投薬が必要ですので、下記の通りお願い致します。

記

<お願い>投薬に関する事故を未然に防ぐため、下記について御協力を御願ひします。

①薬は、必要日数分と予備薬1日分を用意してください。

②薬は、1回分ずつ袋に分け、「日付・投薬時間・名前」を記入してください。

③薬の情報用紙やお薬手帳がある場合は、コピーを一緒に提出してください。

④服薬内容に変更があった場合はすぐに御連絡ください。本用紙を訂正していただきます。

病名（症状）	薬品名、量	形状	投薬時間	投薬方法
(例) 興奮、不安	エビリファイ錠 6 mg 1 錠	粉・錠剤・シロップ・ 目薬・塗り薬・貼り薬・ その他 〔 〕	朝（食前・後） 昼（食前・後） 夕（食前・後） 就寝前 その他	水を渡すと自分で 飲める。
		粉・錠剤・シロップ・ 目薬・塗り薬・貼り薬・ その他 〔 〕	朝（食前・後） 昼（食前・後） 夕（食前・後） 就寝前 その他 〔 〕	
		粉・錠剤・シロップ・ 目薬・塗り薬・貼り薬・ その他 〔 〕	朝（食前・後） 昼（食前・後） 夕（食前・後） 就寝前 その他 〔 〕	
		粉・錠剤・シロップ・ 目薬・塗り薬・貼り薬・ その他 〔 〕	朝（食前・後） 昼（食前・後） 夕（食前・後） 就寝前 その他 〔 〕	
その他注意事項 副作用等				
処方した 医療機関名 医師名	医師名 ()			

