

与薬における主治医の指示書

主治医様

下記の児童生徒については、学校管理下での医療用医薬品の使用を希望されていますので、誤与薬等の事故を避けるためにも、「与薬のしかた」のご指示をお願いいたします。

小学部・中学部・高等部 年 氏名

【 与 薬 の し か た 】

◆薬の処方内容について該当するものには○印を、特記事項があるものにはご記入ください。

	1	2	3
形状・与薬量	散（ 袋／回） シロップ（ ） 錠剤（ ） 軟膏（ ） 坐薬（ ） その他 （ ）	散（ 袋／回） シロップ（ ） 錠剤（ ） 軟膏（ ） 坐薬（ ） その他 （ ）	散（ 袋／回） シロップ（ ） 錠剤（ ） 軟膏（ ） 坐薬（ ） その他 （ ）
効果・種類	抗生物質 かぜ薬 抗アレルギー剤 下痢止め 抗けいれん剤 その他 （ ）	抗生物質 かぜ薬 抗アレルギー剤 下痢止め 抗けいれん剤 その他 （ ）	抗生物質 かぜ薬 抗アレルギー剤 下痢止め 抗けいれん剤 その他 （ ）
与薬時間	食前 食後 その他 （ ）	食前 食後 その他 （ ）	食前 食後 その他 （ ）
保管方法	常温保存（日光は避ける） 低温保存（冷蔵庫） その他 （ ）	常温保存（日光は避ける） 低温保存（冷蔵庫） その他 （ ）	常温保存（日光は避ける） 低温保存（冷蔵庫） その他 （ ）
注意事項			

令和 年 月 日

医療機関名

医師名

印

愛知教育大学附属特別支援学校長 様

主治医より上記の指示を頂きましたので、学校管理下における与薬をお願いします。

なお、この薬の使用については保護者が責任を持ちます。

保護者名

印