

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
薬名			
形状・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 ()
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			

※薬の説明書のコピーを添付してください。

令和 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いただきましたので、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