

薬服用依頼連絡票

(保護者記載用) 年 月 日 記入

※薬は、その日服用する分のみを薬服用依頼連絡票とともにナイロン袋に入れて、登校後すぐに職員に手渡しするようにお子様にお伝えください。

※用紙は学校で保管するため、投薬最終日に学校に提出してください。

依頼先		鏡野町立南小学校	
依頼者		(年 組) 児童名	保護者名 連絡先Tel
※初回のみ記入	病名(又は症状)		
	主治医	【病院名】 【Tel】 【医師名】 先生	
(該当するものに○、または明記) ※薬本体とナイロン袋に名前を記入してください。			
(1) 持参した薬は 月 日に処方された 日分のうちの本日分			
(2) 学校での服用を依頼したい期間 月 日 ~ 月 日			
(3) 薬の内容 抗生物質・喘息・整腸剤・かぜ薬・鼻炎・アレルギー薬・痛み止め・点眼薬・ 抗けいれん薬(坐薬)・エピペン・その他()			
(4) 薬の種類と服用方法			
薬の種類	分量	服用する時間	
粉 薬	1回 包	食前・食後・食間(時頃)	
錠 剤	1回 錠	食前・食後・食間(時頃)	
水 薬	1回 ml	食前・食後・食間(時頃)	
坐 薬	1回 個		
外用薬	使用回数	使用する時間	使用部位
塗り薬	1日 回		両目・ 右目・左目
点眼薬	1日 回		
その他	分量	どんな時に使用するか	
		使用方法	
(5) その他の注意事項 ()			
(6) 薬剤情報提供書 (あり・なし) ※薬を長期間学校に預ける場合は提出してください。			

学校記載	
1日目投与者サイン ()	投与チェック ☐
2日目投与者サイン ()	投与チェック ☐
3日目投与者サイン ()	投与チェック ☐
4日目投与者サイン ()	投与チェック ☐
5日目投与者サイン ()	投与チェック ☐
実施状況など	