

東京都立文京盲学校長 殿

臨時薬与薬依頼書・服薬確認書

下記の生徒の与薬（内服薬、外用薬、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： _____

記

1 普通科 年 組 生徒氏名： _____

2 依頼内容

薬の名前	薬理作用 (薬の働き)	与薬時間と量 (点眼薬は、右・左・両目の指示も記入)	与薬期間	与薬方法・注意事項
【記入例】 アレジオン点眼	目のかゆみを抑える。	朝・昼・夕・就寝前 食前・食後・食間 その他(1日2回) 1回の量(左右1滴ずつ)	月 日から 月 日まで	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	アレルギーの症状を抑える。	朝・昼・夕・就寝前 食前・食後・食間 その他() 1回の量(1錠)	月 日から 月 日まで	水に溶かしてスプーンで飲む。
		朝・昼・夕・就寝前 食前・食後・食間 その他() 1回の量()	月 日から 月 日まで	
		朝・昼・夕・就寝前 食前・食後・食間 その他() 1回の量()	月 日から 月 日まで	
		朝・昼・夕・就寝前 食前・食後・食間 その他() 1回の量()	月 日から 月 日まで	
		朝・昼・夕・就寝前 食前・食後・食間 その他() 1回の量()	月 日から 月 日まで	
		朝・昼・夕・就寝前 食前・食後・食間 その他() 1回の量()	月 日から 月 日まで	

※薬剤情報提供書（薬の説明書）を必ず一緒に提出してください。（コピー可）

※市販薬は医師の指示がないため教職員は与薬できません。