

薬の連絡票（通学生用）

令和 年 月 日

大島特別支援学校長 殿

（ 小・中・高 ） 学部 年 組
児童生徒氏名

保護者氏名 印
（保護者連絡先）

下記の与薬について指示がありましたので、学校での与薬を依頼いたします。

記

1	診断名 :				
2	主治医 : 先生(医療機関名: TEL)				
3	与薬する期間 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日				
4	薬の名前 (内服・外用薬)	形状, 量	与薬時間	保管場所	飲ませ方, 外用薬の使用方法及び留意事項
	(1)	粉薬 () 包 水薬 () ml 錠剤 () 錠 その他 ()	食前 食間 食後 その他 (:)	常温 冷蔵庫 その他 ()	
	(2)	粉薬 () 包 水薬 () ml 錠剤 () 錠 その他 ()	食前 食間 食後 その他 (:)	常温 冷蔵庫 その他 ()	
	(3)	粉薬 () 包 水薬 () ml 錠剤 () 錠 その他 ()	食前 食間 食後 その他 (:)	常温 冷蔵庫 その他 ()	
	(4)	粉薬 () 包 水薬 () ml 錠剤 () 錠 その他 ()	食前 食間 食後 その他 (:)	常温 冷蔵庫 その他 ()	

※ 薬剤情報提供書 (有 ・ 無) 受領者印 (保健室:)

学校記載欄	受付 (養教)					
	介助 (担任)					
	与薬 日時	月 日 (:)	月 日 (:)	月 日 (:)	月 日 (:)	月 日 (:)

