



臨時与薬依頼・同意書

名古屋市立西特別支援学校長 様

部 年 組 児童生徒氏名

保護者氏名 印

以下の通り、臨時に与薬（服薬介助等）を学校へ依頼し、教職員が保護者に代わって与薬（服薬介助等）をすることに同意します。また、本人が適切に服薬等を実施できる場合は、服薬後の確認を学校に依頼します。なお、内容に変更がある場合は速やかに申し出ます。

病院名

主治医名

与薬期間 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日

薬品名	薬の作用	与薬の時間	形状	一回の量
例1) ピーエイ配合錠	風邪の諸症状を抑える薬	昼食後	錠剤	1錠
例2) ヒルドイド	乾燥肌を抑える薬	肌が乾燥したとき	軟膏	適宜

【飲ませ方・注意事項】

[学校からのお願い]

- ※ 必ず一包ずつ記名してください。なお、当日分と予備薬を持たせてください。誤薬を防ぐため、予備薬には「予備」と記入してください。
- ※ 与薬後、空容器や空袋は連絡帳にはさむなどして返却します。
- ※ 可能な範囲で、薬の説明書やお薬手帳の写しも添付してください。

担任確認印

