

薬の使用依頼書（定時薬）

【表】

（宛先）

埼玉県立騎西特別支援学校長
（北本分校）

医師の診察を受けたところ服薬の指示がありましたので、学校での使用の介助をお願いします。

（裏面の「定時薬の使用依頼について」をご確認ください）

令和 年 月 日

年 組 生徒氏名

保護者氏名



受診日	令和 年 月 日	医療機関名 医師名	医療機関名 Tel 医師名	
病名 （または症状）				
服薬期間	令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日まで			
内服薬	形状	薬品名	量	時間
	粉・錠・液・他（ ）	（ ）		食前・食後・（ ）時
	粉・錠・液・他（ ）	（ ）		食前・食後・（ ）時
	粉・錠・液・他（ ）	（ ）		食前・食後・（ ）時
	粉・錠・液・他（ ）	（ ）		食前・食後・（ ）時
	粉・錠・液・他（ ）	（ ）		食前・食後・（ ）時
外用薬	種類	薬品名	部位	回数・時間
	軟膏/クリーム	（ ）	（ ）	
	軟膏/クリーム	（ ）	（ ）	
	点眼薬	（ ）	右・左・両眼	
	点眼薬	（ ）	右・左・両眼	
	点鼻薬	（ ）	右・左・両鼻腔	
点耳薬	（ ）	右・左・両耳		
保管方法	常温・冷蔵庫・その他（ ）			
その他注意事項	使用方法、使用にあたって注意することがあればお知らせください。			

病院や薬局で出される「薬の説明書」のコピーを添付してください。

定時薬の使用依頼について

- 定時薬：向精神薬や慢性疾患等で年間を通して毎日定時に使用する薬
- 内服薬は毎日1回分のみ、持参してください。
- 複数の錠剤等がある場合には、1回分を小袋にまとめて袋の表に名前を記入してください。
- 紛失や事故を防ぐために容器や薬包にも名前を記入してください。
- 服薬後は空き袋を返却します。
- 薬の内容、量が変更になった時は、新たに「薬の使用依頼書（定時薬）」、「薬の説明書」のコピーを提出してください。