別紙３

薬（内服薬・外用薬）の連絡票（保護者記入）

＊学校で服薬等が必要な場合に、「薬剤説明書」「１日分の薬（袋に記名）」と３点セットにして学級担任へお渡しください。

令和　　年　　月　　日　記入

依頼先	新潟県立新発田竹俣特別支援学校	
依頼者	学組・生徒名	中・高　　年　　組　氏名
	保護者名	
主治医	病院名・医師名	
病　名 （または症状）		

※該当するものに〇、または明記してください。

使用する期間	月　　日（　　）～　　月　　日（　　）	
薬の名前と １回量		合計　　個／１回
薬の作用	・抗生物質　・せき止め　・かぜ薬　・下痢止め　・その他（　　）	
	・外用薬（　　）	
薬の剤型	・粉薬　・液（シロップ）　・錠剤　・その他（　　）	
	・軟膏　・点眼　・薬　・その他（　　）	
薬の保管	・室温　・冷蔵庫　・その他（　　）	
使用する時間	内服薬	・給食前　・給食後　・食間　・宿泊行事中（　　） ・症状がある時（　　）
	外用薬	・いつ（　　）　・１日（　　）回
処方内容薬での 注意事項		

【学校側記入欄】

預かり・ 与薬者 サイン	日付	／	／	／	／	／	／	／
	養護教諭							
	与薬者							
	予薬時刻	：	：	：	：	：	：	：