

(様式1)

薬の連絡票 (保護者記載用)

令和 年 月 日

○ 依頼先 鹿児島大学教育学部附属特別支援学校長 殿

○ 依頼者 保護者氏名 (自署) ( )  
連絡先 (TEL) ( )

※ 携帯等, 必ず連絡がつく電話番号を記入してください。

児童生徒氏名 (小学・中学・高等 部 年 氏名 )

○ どのような症状がありますか

--

○ 服薬方法を記入してください。

--

○ 主治医 ( 病院・医院, 医師) TEL ( )

○ 該当するものに○印を付けるか, 直接記入してください。

1	持参した薬は	令和 年 月 日に処方された。
2	保管は	室温 ・ 冷蔵庫 ・ その他 ( )
3	薬の名前	
4	薬の剤型	粉 ・ 液 ・ 錠 ・ 外用薬 ・ その他 ( )
5	薬の内容	抗生物質 ・ 解熱剤 ・ 咳止め ・ 下痢止め 風邪薬 ・ 外用薬 ・ その他 ( )
6	使用する日	令和 年 月 日 ~ 月 日
7	使用する時間	食前 ・ 食後 ・ その他 ( )
8	外用薬などの使用法	
9	その他の注意事項 (ふらつき, 眠気など)	
10	薬の説明書の有無	ある ・ ない
11	薬の副作用の有無	ある (薬の名前: ) ・ ない

～ 投与者サイン・投与時刻・投与後の様子などは裏面 ～

