

学校における与薬の預かりと使用依頼書

令和 年（20 年） 月 日

熊本県立盲学校長 様

（ ） 学部 年 氏名
保護者氏名

与薬については預かっていただくとともに、次の指示・処方に従って実施していただきますようお願いいたします。内容に変更が生じた場合は、速やかに連絡します。なお、このことによって生じた事故等についての責任は一切問わないことを申し添えます。

1 薬を処方された病院名

電話番号 () —

2 診断名（または症状）

3 使用を依頼する日時・時期

令和 年（20 年） 月 日 ～ 令和 年（20 年） 月 日

4 薬の種類・内容

・ 薬剤名 【 】

・ 薬の効能 【 】

・ 1回に使用する量 【 】

・ 副作用 【 】

5 使用時における注意事項（飲ませ方や保管方法等）

6 緊急時の連絡先と電話番号

その1（連絡先） Tel ()

その2（連絡先） Tel ()

