

# 与薬依頼書

令和 年 月 日

熊本県立熊本支援学校長 様

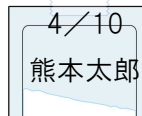
学部・学年 部 年

児童生徒名

保護者名

## 与薬についての約束事項

- ① 薬は、医師が処方し調剤したものに限り、(市販薬はお受けできません)
- ② 薬には名前と飲む日付を書いてください。
- ③ 必ずこの「与薬依頼書」をつけて薬を預けてください。



下記のとおり、保護者にかわり与薬を依頼します。  
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いません。

記 ※ もれなく正確に記入してください

処方した病院名 ( )	電話番号 ( )	
病名 (または症状)		
1 学校で薬を飲む (使用する) 期間 令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで		
2 薬の名前と量		
薬 の 名 前	1 回に飲む (使用する) 量	薬を飲む (使用する) 時間
	( ) 個 ・ 包 ・ ml	昼食前 ・ 昼食後 ・ その他 ( )
	( ) 個 ・ 包 ・ ml	昼食前 ・ 昼食後 ・ その他 ( )
	( ) 個 ・ 包 ・ ml	昼食前 ・ 昼食後 ・ その他 ( )
	( ) 個 ・ 包 ・ ml	昼食前 ・ 昼食後 ・ その他 ( )
3 その他 ( 飲ませ方、保管方法、副作用など学校に知らせておきたいこと )		
4 緊急時の連絡先と電話番号 (続柄 )		
<b>学 校 記 録</b>		
担任受け取りサイン 月 日	養護教諭受け取りサイン 月 日	