

与薬依頼書

熊本県立黒石原支援学校長 様

依頼日:令和 年 月 日()

クラス	小・中・高 / I・II・III 課程 ()年		
児童生徒氏名		保護者氏名	
緊急時の連絡先			

病名・症状	
薬品名	
与薬の方法	内服 ・ 外用(貼付・塗布) ・ 点眼
与薬時間	食前 ・ 食後 ・ 指定時刻(:)
副作用(例:眠気など)	
与薬期間	令和 年 月 日～ 月 日
受診医療機関・主治医	
実施する際の配慮事項	

※お預かりする薬は、医師の処方薬に限ります。

※容器や薬袋に氏名をご記入ください。

【学校記入欄】 ※与薬者の実施確認

/1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
31									