

与薬依頼書

担任	養護教諭	寄宿舍

令和 年 月 日

群馬県立高崎特別支援学校長 様

学部・学年 (小・中・高) 年 組

児童生徒名 _____

保護者氏名 _____ 印

標記の件について学校における与薬を依頼します。

診断名 (_____) 病院名 (_____)
与薬期間 (月 日 ~ 月 日)

薬品名	薬効	1日量					備考
		朝	昼	夜	寝	その他	
(例) ○○○	せき止め	1包	1包	1包			水に溶かして飲ませてください。
(例) △△△	けいれん予防	1錠			1錠		
(例) □□□□	アレルギーを抑える	1滴	1滴	1滴	1滴	15時頃 1滴	両眼に点眼する。

*坐薬については別紙の提出書類がありますので、保健室まで御相談ください。
*お薬の説明書等がありましたら、コピーを提出していただいても結構です。