令和　　年　　月　　日

静岡県立東部特別支援学校長　様

与 薬 依 頼 書

● 医師より処方のあった薬について、下記のとおり与薬をお願いします。

部　　年　　生徒名 保 護 者 名　　印	
医療機関名	
与薬開始～ 停止期間	令和　　年　　月　　日　～　　月　　日

与薬時間 （いつ）	何の薬 （薬の名前）	形状・量	与薬方法 （飲ませ方）	その他 注意事項 副作用等
＜記入例＞ 給食後	痰きり （ムコダインDS）	白・顆粒・1包	少量の水で溶いて口に 入れる	