

(記入日)

年 月 日

静岡県立静岡北特別支援学校長 様  
(南の丘分校)

## 与薬依頼書

学校での与薬について下記のとおり依頼します。

年 組 生徒氏名

保護者氏名

### <お願い>

- ・医師法第 17 条等において学校職員が管理できる薬は、専門的な判断や技術を要しない医師の処方薬のみとされております。
- ・薬は、氏名を記載した袋へ入れ、「薬の説明書」または「お薬手帳」(いずれもコピー可)を一緒に持たせてください。
- ・内服薬は、その日に学校で使用する 1 日分のみを持参してください。

薬品名・1回量	
使用する時間	
使用理由・症状	
使用期間	年 月 日 ~ 年 月 日
医療機関・医師名	
備考	