

静岡県立静岡聴覚特別支援学校長 様

() 与薬依頼書・() 見届け依頼書

どちらかに○を付ける



学校での与薬・見届けについて、下記のとおり依頼します。

部	年(組) 氏名	保護者名	印
期 間	月 日 ~	月 日	
与薬時間			
薬品名・量			
理 由			
処方した 医療機関	医院 病院	科 科	医師
注意事項			

*薬には必ず氏名を書き、1回分(点眼薬や軟膏等を除く)にして持たせる。

*初めて依頼する場合や、一時的に与薬をする場合は、薬の説明書のコピーを添付する。

担任確認		養護教諭確認	
------	--	--------	--

静岡県立静岡聴覚特別支援学校長 様

() 与薬依頼書・() 見届け依頼書

どちらかに○を付ける



学校での与薬・見届けについて、下記のとおり依頼します。

部	年(組) 氏名	保護者名	印
期 間	月 日 ~	月 日	
与薬時間			
薬品名・量			
理 由			
処方した 医療機関	医院 病院	科 科	医師
注意事項			

*薬には必ず氏名を書き、1回分(点眼薬や軟膏等を除く)にして持たせる。

*初めて依頼する場合や、一時的に与薬をする場合は、薬の説明書のコピーを添付する。

担任確認		養護教諭確認	
------	--	--------	--

