

令和 年 月 日

静岡県立静岡北特別支援学校長 様

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。

部 年 組

児童生徒氏名

保護者氏名

印

記

薬の種類 薬品名・1回量	
服薬時間	
理由	
服薬方法 (飲ませ方)等	
処方された 医療機関・医師 名	
服薬期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日
備考	

※ 薬の内容に変更があった場合は、必ず与薬依頼書を書き換えてください。

<お願い>

与薬に関する事故を未然に防ぐため、学校で服用できる薬は医師から処方された薬のみとさせていただきます。

薬の提出方法につきましては、必ず裏面を御確認ください。