

(様式 2)

B 短期薬

学校・寄宿舍における薬の使用について

記入日 年 月 日

幼児児童生徒氏名		(幼・小・中・普) 歳・年
保護者氏名	⑩	
病院名・医院名		
医師名		
病名又は症状		

期間	薬番号	薬の名称	何の薬か	服用時間	1回量
例 4/7~4/11	B1	ムコダイン250mg	かぜ	朝・昼・夜・就寝前 食前・食後・食間	2錠
~	B1			朝・昼・夜・就寝前 食前・食後・食間	
~	B2			朝・昼・夜・就寝前 食前・食後・食間	
~	B3			朝・昼・夜・就寝前 食前・食後・食間	
~	B4			朝・昼・夜・就寝前 食前・食後・食間	
~	B5			朝・昼・夜・就寝前 食前・食後・食間	
~	B6			朝・昼・夜・就寝前 食前・食後・食間	
処方薬での注意事項 (飲み方等)					

※薬の説明書のコピーを必ず添付してください。

※普通科生徒のみ下記の質問についてお答えください。

服用確認が必要ですか。 必要 ・ 不要 (○をしてください)

「不要」の場合、学校職員・寄宿舍職員による服用確認は行いませんのでご承知おきください。