

静岡県立東部特別支援学校長 様

● 医師より処方があった薬について、下記のとおり与薬をお願いします。

小 中 学部 年 児童・生徒名									
保 護 者 名									
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	

*薬は1回分を必ず袋に入れて、記名をして提出してください。

*** 薬の説明書(コピー可)も提出してください。**