

静岡県立吉田特別支援学校長 様

与 薬 依 頼 書（定時・一時的）



学校での与薬について、下記のとおり、依頼します。

保護者氏名

印

小・中・高 年 氏名

薬品名・量	例：セフゾン 一包、 フロモックス 一錠
理 由	
期 間	月 日 ～ 月 日
処方した医療機関・医師名	
使用時間・方法・注意事項	例：食後に少しの水で溶き、飲ませてください。

*薬には必ず名前を書き、その日の分だけ持たせる。

*塗り薬や点眼薬も同じ扱いとする。

*薬の説明書のコピーを添付する。

静岡県立吉田特別支援学校長 様

与 薬 依 頼 書（定時・一時的）



学校での与薬について、下記のとおり、依頼します。

保護者氏名

印

小・中・高 年 氏名

薬品名・量	例：セフゾン 一包、 フロモックス 一錠
理 由	
期 間	月 日 ～ 月 日
処方した医療機関・医師名	
使用時間・方法・注意事項	例：食後に少しの水で溶き、飲ませてください。

*薬には必ず名前を書き、その日の分だけ持たせる。

*塗り薬や点眼薬も同じ扱いとする。

*薬の説明書コピーを添付する。