

学校・寄宿舍における薬の使用について

記入日 令和 年 月 日

幼児児童生徒氏名	(幼・小・中・普) 歳・年	
保護者署名		
緊急連絡先	保護者名	電話番号
薬の保管場所	連絡袋 ・ 給食袋 ・ その他 ()	

※服薬期間が終了した薬については、二重線で消してください。

期間	薬番号	薬の名前	何の薬か	服用時間	1回量
例 4/7~3/31	1	フェノバル錠30mg	てんかん	朝・昼・夜・就寝前 食前・食後・食間	2錠
~	1			朝・昼・夜・就寝前 食前・食後・食間	
~	2			朝・昼・夜・就寝前 食前・食後・食間	
~	3			朝・昼・夜・就寝前 食前・食後・食間	
~	4			朝・昼・夜・就寝前 食前・食後・食間	
~	5			朝・昼・夜・就寝前 食前・食後・食間	
~	6			朝・昼・夜・就寝前 食前・食後・食間	
~	7			朝・昼・夜・就寝前 食前・食後・食間	
留意事項 (飲み方、塗布する 部位、塗布する量 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。

服薬確認は必要ですか。 必要 ・ 不要 (○で囲んでください)

「不要」の場合、学校職員、寄宿舍職員による服薬確認はしませんのでご承知おきください。

担任→保健室へコピー