

するが視覚総合特別支援学校長 様

与薬・服薬見届け依頼書

学校での与薬・服薬見届けについて下記のとおり依頼します。

部 年 幼児児童生徒氏名 _____

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・服薬見届け依頼書の修正をしてください。

<お願い>

服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。