

<様式1>

保護者 → 担任 → 保健室

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

(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。

<様式1>

保護者 → 担任 → 保健室

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

(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。