

記入日 年 月 日

三重県立稲葉特別支援学校長

## 臨時的与薬依頼書

小・中・高 年 組 名前

保護者名

◎かぜ薬など（外用薬を含む）一時的に服用が必要な薬について、下記の太枠に必要事項を記入してください。

◎薬は、名前・与薬日・服用量・服用時間を記載し、毎日1回分ずつ持参してください。

◎臨時的与薬依頼書は担任チェック欄に記載の上、毎日返却します。

薬品名					
1回の分量					
服用時間	昼食前 ・ 昼食後 ・ その他（ ）				
服用方法 注意点					
服用日	月 日（ ）	月 日（ ）	月 日（ ）	月 日（ ）	月 日（ ）
担任 チェック	時 分 服用 チェック者	時 分 服用 チェック者	時 分 服用 チェック者	時 分 服用 チェック者	時 分 服用 チェック者