

度会特別支援学校長 様

与薬依頼書

学校教育活動中において、常用薬の服用（投与）が必要ですので、薬剤情報提供書を添えて依頼します。

なお、預ける薬には有効期限を明示し、その期間内に差し替えます。また、主治医の指示により薬の種類や投与量に変更があった場合は、速やかに薬剤情報提供書を添えて、その都度依頼します。

令和 年 月 日 保護者名 _____
訂正：令和 年 月 日

児童生徒名・学年	(小 ・ 中 ・ 高) 年		
保護者連絡先	① 名前		電話番号
	② 名前		電話番号

薬の名前			
種類（使用目的）			
服用（投与）する時間	給食前 ・ 給食後 ・ その他（ 時 分）		
1回の分量		預ける分量	（ ）・毎日持たせる
服用（投与）方法			
保管場所	室温 ・ 冷蔵庫 ・ その他（ ）		
薬の有効期限	年 月 日	薬剤情報提供書 （ ある ・ 病院でもらっていない ）	
病院名・主治医名		電話番号	
薬局名		電話番号	

※訂正時は、赤で二重線を引き赤字をお願いします。