

# 与薬依頼書

令和 年 月 日

群馬県立富岡特別支援学校長 様

学部・学年 ( 小 中 高 ) 年

児童生徒名 \_\_\_\_\_

保護者氏名 \_\_\_\_\_ 印

標記の件について学校における与薬を依頼します。

診断名 ( )

病院名 ( )

与薬期間 ( 月 日 から 月 日 )

薬品名	薬効	1日量					備考
		朝	昼	夜	寝	その他	
(例) ○○○	せき止め	1包	1包	1包			水に溶かして飲ませてください。
(例) △△△	けいれん予防	1包			1包		
(例) □□□□	アレルギーを抑える	1回	1回	1回	1回	15時頃 1回	

\*坐薬については別紙の提出書類がありますので、保健室までご相談ください。