

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	

* 座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。

* お薬情報（処方箋）がありましたら、原本またはコピーを添えてください。