

与薬依頼書（常用）

年 月 日

栃木県立国分寺特別支援学校長 様

小学部・中学部・高等部 年 組

児童生徒氏名

保護者氏名

令和 年度において、学校での与薬をお願いします。なお、この薬の使用については保護者が責任を持ちます。

病 院 名		
病 名		
薬品名(1回量)	()	錠剤・粉薬・水薬・カプセル
	()	錠剤・粉薬・水薬・カプセル
	()	錠剤・粉薬・水薬・カプセル
与 薬 時 間	昼食前・昼食後・その他(時頃)	
保 管 場 所	常温・冷蔵庫・その他()	
特 記 事 項		

○与薬は、医師の指示した薬に限ります(市販薬不可)。

○名前を書いて1回分お持ちください。

○薬品や量が変わるときには担任に連絡し、新たに依頼書を提出してください。