

# 薬の預かり依頼書

令和 年 月 日

県立あわじ特別支援学校長 様

小学部・中学部・高等部 年 組 名前

保護者名（自署）

主治医の指示により、下記の薬を使用する必要があります。  
つきましては、学校において預かっていただくことをお願いします。

診断名 (主な症状)					
学校生活での 注意連絡事項					
医薬品名					
使用時間					
使用量					
使用方法	・そのまま ・水で飲む ・その他  ( )	・そのまま ・水で飲む ・その他  ( )	・そのまま ・水で飲む ・その他  ( )	・そのまま ・水で飲む ・その他  ( )	・そのまま ・水で飲む ・その他  ( )
医薬品 使用上の注意					
医療機関名					
医師名					

※薬品名及び使用上の注意について、不明な点は主治医にたずねて正確に記入してください。

※お薬は、1回分ずつ小分けにして、使用時間、学年、クラス、名前を記入してください。

※依頼書の内容に変更があった場合は必ず担任までご連絡ください。

※薬の説明書（コピー可）を裏面に添付してください。（上部のみのりづけ又は左上をホッチキスでとめる）