

平成 年 月 日

千葉県立野田特別支援学校 学校長 様

与薬依頼書

学部・学年 部 年
児童生徒氏名
保護者氏名 印

学校生活の中で与薬の必要がありますので、下記のとおり依頼いたします。

記

1 与薬の必要な理由を次から一つ選んで番号に○をつけてください。 複数の番号に該当する場合は用紙を別にして記入をお願いします。 (1) 病気の治療のため定期的な服用が必要なため (2) 病気の治療のため一時的な服用が必要なため (3) その他 (理由)
2 何の治療のためか
3 一回の分量とその薬品名
4 時間 朝食後・昼食後・夕食後・その他 ()
5 期間 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日
6 処方した病院名と病院の電話番号
7 飲ませ方
8 注意すること

緊急時の保護者連絡先を記入してください。
