

確認印	校長	養教	担任

薬の預かり依頼書（与薬依頼書）

令和 年 月 日

入善町立黒東小学校長 様

年 児童氏名

保護者氏名

医師の指示により、下記の薬を使用する必要があります。つきましては、学校において下記のとおり使用の介助をお願いします。なお、この薬の使用については保護者が責任を持ちます。

病名 (服薬の目的)				
医療機関名				
薬の使用期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで			
	①	②	③	④
薬品名				
用法・用量				
種類	粉薬 錠剤 水薬 カプセル 他 ()	粉薬 錠剤 水薬 カプセル 他 ()	粉薬 錠剤 水薬 カプセル 他 ()	粉薬 錠剤 水薬 カプセル 他 ()
服薬・服用への 介助の有無	有 無	有 無	有 無	有 無
※ 「有」の場合、 どのような介助が 必要かの詳細				
保管方法	本人 担任 他 ()	本人 担任 他 ()	本人 担任 他 ()	本人 担任 他 ()
留意事項				

※ 処方時に出される「薬の説明書」の写しも合わせて提出してください。