

与薬依頼書

鳥屋小学校長様

下記の通り、薬を与薬することを依頼します。

令和 年 月 日記入

保護者氏名

児童氏名 年 組

●かかりつけ（薬を処方してもらっている）の病院

病院名（ ）科）
主治医（ ）
電話番号（ ）

●病名（症状）

●薬剤情報

名称：

効能：

種類： 粉 ・ 錠剤 ・ シロップ ・ 軟膏 ・ その他（ ）

1回分：（ ）包 ・ 錠 ・ ml ・ 滴 ・ その他（ ）

時間： 食前 ・ 食後 ・ 食間 ・ その他（ ）

保管方法： 常温 ・ 冷蔵庫 ・ その他（ ）

●与薬時の注意事項

●与薬期間

令和 年 月 日（ ）～ 令和 年 月 日（ ）

●保護者連絡先（携帯、勤務先など）を優先順に書いてください。

① (Tel)
② (Tel)