

与薬依頼書（一時服用）

令和 年 月 日

特別支援学校 聖母の家学園 様

医師の診察を受けたところ、以下の通り指示がありました。つきましては、児童・生徒に対する与薬を行っていただくようお願いします。

なお、この与薬依頼書によって与薬した結果については、学校の責任を問いません。

部 科 組 氏名

保護者氏名 印

※必要事項をご記入下さい。

病 院
主治医

病名（症状でも可）

〈内服薬〉

薬品名	
服用量	
保管場所	
服用方法	
服用期間	

〈外用薬〉

塗り薬	薬品名	回数 回 （塗る時間帯： ） 患部 （ ）
点眼薬	薬品名	回数 回 （点眼する時間帯： ） 患部 （ 左目 ・ 右目 ）

特記事項