

令和 年 月 日

静岡大学教育学部附属特別支援学校長 様

## 与薬依頼書

学校での与薬について下記のとおり依頼します。

( ) 部 ( ) 年 ( ) 組

児童生徒氏名 ( )

保護者氏名 ( )

※Word版で作成する場合、保護者氏名欄は自筆でお願いします。

### 記

薬の種類	
薬品名・1回量	
服用時刻	
理由	
服薬方法 (飲ませ方)等	
処方された 医療機関・医師名	
服薬期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 (頓服については、期間の記入は必要ありません)
備考	

※薬の内容に変更があった場合は、必ず与薬依頼書を書き変えてください。

与薬に関する事故を未然に防ぐため、学校で服用できる薬は医師から処方された薬のみとさせていただきます。