

与薬依頼書

※病院で処方された薬で、教員が与薬しなければ服薬が難しい場合は、与薬依頼書して登校後、学級担任に薬を預けてください。服薬が終わるときは、学校へご連絡ください。

児童氏名	年 ()			
※受診病院名				
病名 (または症状)				
薬の名前	昼	その他		与薬時間
1				食前・食後・食間 その他 ()
2				食前・食後・食間 その他 ()
3				食前・食後・食間 その他 ()
4				食前・食後・食間 その他 ()
5				食前・食後・食間 その他 ()
6				食前・食後・食間 その他 ()
保管方法	常温・冷蔵庫・その他 ()			
特記事項	※1回分ずつわかるように準備して事前に預けてください。			

※お薬手帳のコピーもしくは、薬局でもらったお薬の説明を貼り付けもしくは添付してください。

与薬同意書

現在、薬の定期服用が必要であるため、保護者に代わって「両城小学校職員」が当該児童に与薬することに同意します。

なお、与薬の取り扱いで問題が生じた場合、責任は問いません。

令和 年 月 日

呉市立両城小学校

年 番

児童氏名 _____

保護者氏名 _____ 印