

1 枚目 保健室
2 枚目 学級
3 枚目 家庭

令和 年 月 日

医薬品の預かり依頼書兼確認書（日常薬）

医師の指示により、下記の医薬品を学校で使用します。管理や使用の介助を依頼します。

学 部 年 組 児童生徒名

保 護 者 名 (自署)

薬の名前 効能			
期間	R . / ~ R . / まで	R . / ~ R . / まで	R . / ~ R . / まで
一回量			
種類	粉・錠剤 カプセル・水薬 他 ()	粉・錠剤 カプセル・水薬 他 ()	粉・錠剤 カプセル・水薬 他 ()
使用時間	食前 ・ 食後 他 ()	食前 ・ 食後 他 ()	食前 ・ 食後 他 ()
使用方法	水に溶く・そのまま 他 ()	水に溶く・そのまま 他 ()	水に溶く・そのまま 他 ()
注意事項			

依頼書の内容に従って、学校で薬を使用します。名前を書いた小袋等に、1 回分の薬を入れて、毎日持たせてください。（薬の説明書があれば、一緒に提出してください。コピーをいただきます。）

受 付 確 認	学級担任	学部担当教諭