

与薬依頼書（臨時用）

愛媛県立みなら特別支援学校 様

部 年 組 氏名

保護者氏名

学校において、下記のとおり、薬の与薬を依頼します。*必ず薬の説明書のコピーを添付してください。

与薬期間	年 月 日 ~ 月 日
病名や症状	
薬の名前	
薬の種類	粉薬 包・錠剤 錠・水薬 ml カプセル 個・その他 ()
与薬時間	1日 回 朝・昼・夕・その他 () 食前・食後・食間・就寝前・その他 ()
与薬方法	内服・点眼・点鼻・塗布・その他 ()
注意事項（保管方法・飲ませ方の注意点・その他等）*できるだけ詳しく	

----- 切り取ってお使いください -----

与薬依頼書（臨時用）

愛媛県立みなら特別支援学校 様

部 年 組 氏名

保護者氏名

学校において、下記のとおり、薬の与薬を依頼します。*必ず薬の説明書のコピーを添付してください。

与薬期間	年 月 日 ~ 月 日
病名や症状	
薬の名前	
薬の種類	粉薬 包・錠剤 錠・水薬 ml カプセル 個・その他 ()
与薬時間	1日 回 朝・昼・夕・その他 () 食前・食後・食間・就寝前・その他 ()
与薬方法	内服・点眼・点鼻・塗布・その他 ()
注意事項（保管方法・飲ませ方の注意点・その他等）*できるだけ詳しく	