

## 薬の預かり依頼書

兵庫県立阪神昆陽特別支援学校長 様

年 組 生徒名

保護者名(自署)

印

主治医の指示により、下記の薬を使用する必要があります。

つきましては、学校において預かっていただくことをお願いします。

診断名 (状態)				
内服薬名				
服用量				
服用時間				
服用方法				
使用上の注意				
外用薬名				
使用箇所				
使用時間				
使用上の注意				
医療機関・医師名	医療機関名	TEL	-	-
	医師名			
保護者緊急連絡先	保護者名			
	連絡先			

※お薬は、1回分ずつ小分けにして、日にちと使用時間、クラス、名前を記入してください。

※薬品名及び使用上の注意について、不明な点は主治医に確認して記入してください。

※薬の説明書のコピーを添付してください。

教員記入欄 — 使用記録 —

日にち	使用時間	確認サイン	日にち	使用時間	確認サイン