薬の服薬依頼書

依頼日　　令和　　年　　月　　日

服薬依頼書について下記の内容に同意し、放課後くらぶつばさに
薬の服薬を依頼します。

保護者氏名

氏名		学校名		年齢	

病名	医療機関名	担当医師名

薬の種類	口風邪　口腹痛　口下痢　口胃腸 口目薬　口耳鼻　口アレルギー　口皮膚外用薬 口その他（　　）

①持参した薬は　　年　　月　　日 に処方された　　日分 のうち１回分です。
服用期間　　年　　月　　日 から　　年　　月　　日 まで

②薬品名（例：ビオスリー、フロモックス等袋に記載されているお薬の名前をお書きください）

③外用薬などの使用法・注意事項（「手洗い後」「かゆい時」「1日２回まで」等）

④服用時間　　口食前　　口食後　　口食間　　口その他（　　）

〇医師が処方した薬のみ服用させます。
〇市販の薬はお預かりできません。
〇薬は１回分ずつ持参してください。
〇お預かりする薬は、今回の症状で処方されたものに限ります。
※ご不明の点はお尋ねください。

薬剤情報提供書添付欄（「お薬の説明書」等のコピーを添付してください）