

令和 年 月 日

薬預かり依頼書・与薬依頼書

薬を保管し、保護者の代行として与薬をお願いします。
なお、本件について学校・園には一切の責任を問いません。

依頼先		多可町立中町南小学校	
依頼者		保護者氏名	⑥
		子ども氏名	
		連絡先	
主治医		医師名	
		医療機関	
		連絡先	
病 名			
症 状			
注意事項			
医 薬 品 に つ い て	医薬品名		
	種 類	抗アレルギー剤、抗生物質、けいれん止め その他（ ）	
	処方日	令和 年 月 日	
	内服薬	飲む時間	食前・食後・食間（ ）時頃） ・その他
		種類	粉薬・シロップ・その他（ ）
		飲み方	そのまま・その他（ ）
	外用薬	使う部分	（ ）
使う時間		（ ）	
保 管	室温・冷蔵庫・その他（ ）		
その他、 注意事項		「薬剤情報提供書」添付 有 ・ 無	

[illegible]