

大阪府立高槻支援学校長 様

保護者名 _____

学校での与薬について(依頼書)

学校生活に伴い、投薬等が必要となりますので下記の対応をお願いします。

記

1. 児童生徒名

小・中・高 年 組 名前:

(明らかな場合のみ)疾患名:

2. 使用・保管する薬剤等

①

薬 剤 名:
使 用 量:

②

薬 剤 名:
使 用 量:

医療機関名: _____

主 治 医: _____

3. どの様な時に使用するか

(例:毎日給食前 / 5/27,28のお昼のみ / 3月~4月のスギ花粉の飛散中)

4. その他(使用についての注意点、1日の使用制限回数等)

以上