

令和 年 月 日

十日町市立田沢小学校長 様

服薬依頼書

年 氏名

保護者氏名

印

以下の症状，または医師による診断のため，学校に飲み薬を持参します。

1. 診断名または症状

「

」

2. 服薬する薬品名

「

」

3. 薬の形状 ※いずれかに○を付けてください。

「

粉薬

錠剤

水薬

カプセル

座薬

その他(

)」

4. 服薬する目的

「

」

5. 服薬時間と服薬量

「

」

6. 管理方法 ※どちらかに○を付けてください。

「

本人

学校職員

」

7. 服薬期間(学校に持参する期間)

令和

年

月

日

～

令和

年

月

日

8. 留意点

※服薬時の注意点等があれば記入してください。

学校に提出する書類

☐ 服薬依頼書

※保護者氏名欄に印を必ず押してください。

☐ 薬の説明書原本

※学校でコピーを取らせていただきます。