校長	副校長	教頭	保健主事	寮務主任	養護教諭	受領者

令和 年 月 日

北海道札幌高等養護学校長 様

薬 依 頼 書 (内服薬)

医師の指示により次の医薬品を使用する必要がありますので、学校および寄宿舎での使用をお願いします。 医薬品の使用については保護者が責任を持ちます。

なお、変更等がある場合は速やかに薬依頼書を再提出します。

依 頼 者	生徒氏名	(科	年)
依 粮 者	保護者氏名			

Ⅰ 以下にご記入ください。

薬名	使用期間			服用時間·数		
例		起床時	朝食〔前・後〕	昼食[前・後]	夕食[前・後]	就寝前
カルボシステイン錠	4/12~4/28		1錠	1錠	1錠	
		起床時	朝食[前・後]	昼食[前·後]	夕食[前・後]	就寝前
		起床時	朝食[前・後]	昼食[前・後]	夕食[前・後]	就寝前
		~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~	#1 K (111 1X)	Z ( ( ( ) ( ) ( )	7 (113 123	47072 133
		起床時	朝食[前・後]	昼食[前・後]	夕食[前・後]	就寝前
		起床時	朝食[前・後]	昼食[前·後]	夕食[前・後]	就寝前
		起床時	朝食〔前・後〕	昼食[前・後]	夕食[前・後]	就寝前
		起床时	初艮[削*1友]	生民[削*核]	プ 艮 [削・1友]	机役削
		起床時	朝食[前•後]	昼食[前・後]	夕食[前・後]	就寝前
医薬品の保管方法						
使用時の注意事項、						
その他						
					D.7	△ 沙計