

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、学校および寄宿舍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)
	保護者氏名	

↓ 以下にご記入ください。

薬名	使用期間	服用時間・数				
例 カルボシステイン錠	4/12～4/28	起床時	朝食〔前・ 後 〕	昼食〔前・ 後 〕	夕食〔前・ 後 〕	就寝前
			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
		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
医薬品の保管方法 使用時の注意事項、 その他						

