

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、学校及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もちます。

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				

(1) 以下にご記入ください。)

薬名	使用期間	服用時間・数				
例 カルボシスチン錠	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
医薬品の保管方法 使用時の注意事項、 その他						