

薬の服用依頼書

令和 年 月 日

岐阜市立岐阜特別支援学校長 様

学部・年 組 部 年 組

児童生徒氏名

保護者氏名



薬品名	
医師名 (医療機関名)	
医療機関・医師 ・電話番号	
服用・使用期間	令和 年 月 日 () から 令和 年 月 日 () まで
服用・使用の時間	◎ (朝・昼・夕) 食前 分前 錠 ・ 袋
	◎ (朝・昼・夕) 食後 分後 錠 ・ 袋
	◎その他 <input type="checkbox"/> 時 分頃 錠 ・ 袋 <input type="checkbox"/> おき 回 <input type="checkbox"/>
服用・使用にあたっての注意事項	
保護者緊急連絡先	

