令和　　年　　月　　日

福井県立福井東特別支援学校長　様

部　　年　　児童生徒氏名

保護者氏名

投　薬　依　頼　書

下記のとおり投薬が必要ですので、実施及び確認してくださるよう依頼します。

１　病名・症状

２　薬の名前・用量・作用など

３－１処方薬の場合　医療機関・主治医

３－２市販薬の場合（□にチェック✓を入れてください）
□これまでに使ったことがある
□この薬に対するアレルギーはない
※二つともチェックが入っていないと、学校では使用できません

５　投薬時間

６　投薬が必要な期間

令和　　年　　月　　日（　　）　～　令和　　年　　月　　日（　　）
※長くても学期ごとに締め切り、再度提出していただきます

７　具体的な使用方法

８　薬の保管について（□にチェック✓を入れてください）
□学校で預かってほしい
□自分が持っている

※「お薬の説明書」があれば一緒に提出してください。