

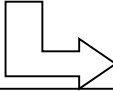
薬依頼書

薬を使用するにあたり、介助が必要な場合に提出してください。

介助ができる薬は、医師の処方による薬に限ります。

北新小学校

依頼日 令和 年 月 日

使用期間	令和 年 月 日 ~ 月 日
依頼者	年 組 児童名 保護者名
病名	病院名
内容	内服薬 <input type="checkbox"/> 抗生剤 <input type="checkbox"/> 咳止め <input type="checkbox"/> 下痢止め <input type="checkbox"/> その他() 外用薬 <input type="checkbox"/> 塗り薬 <input type="checkbox"/> 点眼薬 <input type="checkbox"/> その他()  ● 外用薬の用法() ※該当するところにし点
使用時間	<input type="checkbox"/> 食前 <input type="checkbox"/> 食後 <input type="checkbox"/> その他() ※該当するところにし点

※ 早い時期に自分で薬を使用できるように、ご家庭でもご指導ください。

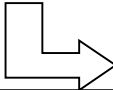
薬依頼書

薬を使用するにあたり、介助が必要な場合に提出してください。

介助ができる薬は、医師の処方による薬に限ります。

北新小学校

依頼日 令和 年 月 日

使用期間	令和 年 月 日 ~ 月 日
依頼者	年 組 児童名 保護者名
病名	病院名
内容	内服薬 <input type="checkbox"/> 抗生剤 <input type="checkbox"/> 咳止め <input type="checkbox"/> 下痢止め <input type="checkbox"/> その他() 外用薬 <input type="checkbox"/> 塗り薬 <input type="checkbox"/> 点眼薬 <input type="checkbox"/> その他()  ● 外用薬の用法() ※該当するところにし点
使用時間	<input type="checkbox"/> 食前 <input type="checkbox"/> 食後 <input type="checkbox"/> その他() ※該当するところにし点

※ 早い時期に自分で薬を使用できるように、ご家庭でもご指導ください。