

薬介助依頼書

羽黒小学校

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。薬を預かることはできません。

依頼日	年 月 日		
依頼者	年 組	児童名	保護者名
病名		病院名	
内容	*該当する所にし点 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 () ↳ ●外用薬の使用法 ()		
使用時間	*該当する所にし点 <input type="checkbox"/> 食前 <input type="checkbox"/> 食後 <input type="checkbox"/> その他 ()		

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。

薬介助依頼書

羽黒小学校

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。薬を預かることはできません。

依頼日	年 月 日		
依頼者	年 組	児童名	保護者名
病名		病院名	
内容	*該当する所にし点 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 () ↳ ●外用薬の使用法 ()		
使用時間	*該当する所にし点 <input type="checkbox"/> 食前 <input type="checkbox"/> 食後 <input type="checkbox"/> その他 ()		

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。