

薬品使用に関する願出書（通学生用）

令和 年 月 日

北海道伊達高等養護学校長 様

学 科 ・ 学 年 _____ 園芸・窯業・農業・木工・工業・家庭総合 科 _____ 年 _____

生 徒 氏 名 _____

保 護 者 氏 名 _____

学校における薬品使用について、次のとおり願出します。

記

病名・症状		
使用方法	※ 使用に関する注意点や配慮することがありましたらご記入ください。	
使用期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日	
薬品名 使用回数・時間 ※ 回数を記入し、 あてはまる時間帯に ○をつけてください	薬品名 ----- 1日()回()錠	給食前 / 給食後 その他 ()
	薬品名 ----- 1日()回()錠	給食前 / 給食後 その他 ()
	薬品名 ----- 1日()回()錠	給食前 / 給食後 その他 ()
	薬品名 ----- 1日()回()錠	給食前 / 給食後 その他 ()
薬品を処方した 病院名・担当医名		

※ この用紙と一緒に、**薬品の情報が書かれた用紙**も提出してください。

※ 湿布以外の市販薬はお預かりすることができませんので御了承ください。

この用紙は薬とともに担任へ提出していただくよう、お願いいたします。

◇職員記入欄

使用期間、保管場所について特記事項がある場合はここに記入してください。