外用薬　預かり票　（点眼薬・点鼻薬・軟膏など）　外

小　中　高	年　氏名	保護者氏名

薬品名	症状	使用する期間と時
①		・　月　日から　月　日まで ・その他（　）
		登校前　昼食時　入浴後　寝る前 その他（　）
②		・　月　日から　月　日まで ・その他（　）
		登校前　昼食時　入浴後　寝る前 その他（　）
③		・　月　日から　月　日まで ・その他（　）
		登校前　昼食時　入浴後　寝る前 その他（　）
④		・　月　日から　月　日まで ・その他（　）
		登校前　昼食時　入浴後　寝る前 その他（　）

上記の薬の使用について介助・管理を必要としますか。（どちらかに○をしてください。）

は　い　　**いいえ**

その他（配慮事項等）

預かった日 令和　年　月　日	受　付	寄宿舎担当	担　任	養護教諭