

緊急薬 預かり票 (主治医による指示書が必要です)

緊

小 中 高	年 氏名	保護者氏名		
薬 品 名				
使用する症状				
配慮事項等	・ 1回の使用量 ( ) ・ 1日の上限 ( ) ・ 他の薬との間隔 ( ) ・ その他 ( )			
服用介助・管理の 必要性 (どちらかに○)	必要である		必要でない	
使用時の連絡 について	( ) 使用前に保護者へ連絡する。			
	( ) 使用後に保護者へ連絡する。			
	<b>連絡先</b>	TEL	—	—
	連絡先名 ( )			
薬の使用期限				
預かった日 令和 年 月 日	受 付	寄 宿 舎 担 当	担 任	養 護 教 諭

