内服薬　預かり票　（錠剤、粉薬、カプセルなど）

内

小　中　高	年　氏名	保護者名

★同じ薬でも、服用する時間によって量が違う場合は、分けて書いてください。

薬　品　名	1回の量 (上段:重さ　下段:個数)	服　用　す　る　時				服用期間（臨時薬の場合） 症　状（かぜ　等）
		朝	昼	夕	その他	
①	g・mg 錠・包・カプセル	食前 食後	食前 食後	食前 食後	寝る前	／　～　／
②	g・mg 錠・包・カプセル	食前 食後	食前 食後	食前 食後	寝る前	／　～　／
③	g・mg 錠・包・カプセル	食前 食後	食前 食後	食前 食後	寝る前	／　～　／
④	g・mg 錠・包・カプセル	食前 食後	食前 食後	食前 食後	寝る前	／　～　／
⑤	g・mg 錠・包・カプセル	食前 食後	食前 食後	食前 食後	寝る前	／　～　／
⑥	g・mg 錠・包・カプセル	食前 食後	食前 食後	食前 食後	寝る前	／　～　／
⑦	g・mg 錠・包・カプセル	食前 食後	食前 食後	食前 食後	寝る前	／　～　／
⑧	g・mg 錠・包・カプセル	食前 食後	食前 食後	食前 食後	寝る前	／　～　／
⑨	g・mg 錠・包・カプセル	食前 食後	食前 食後	食前 食後	寝る前	／　～　／

上記の薬の内服について介助・管理を必要としますか。（どちらかに〇をしてください。）

は　い　　いいえ

その他（配慮事項等）

預かった日	受　付	寄宿舎担当	担　任	養護教諭
令和　　年　　月　　日				