

内服薬預かり票（錠剤、粉薬、カプセルなど）薬の説明書も一緒に提出してください。

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				服薬期間（臨時薬の場合） 症 状 (かぜ 等)
		朝	昼	夕	その他	
①	g・mg	食前	食前	食前	寝る前	/ ~ /
	錠・包・カプセル	食後	食後	食後		
	常用薬 ・ 臨時薬 (どちらかに○をしてください。)					
②	g・mg	食前	食前	食前	寝る前	/ ~ /
	錠・包・カプセル	食後	食後	食後		
	常用薬 ・ 臨時薬 (どちらかに○をしてください。)					
③	g・mg	食前	食前	食前	寝る前	/ ~ /
	錠・包・カプセル	食後	食後	食後		
	常用薬 ・ 臨時薬 (どちらかに○をしてください。)					
④	g・mg	食前	食前	食前	寝る前	/ ~ /
	錠・包・カプセル	食後	食後	食後		
	常用薬 ・ 臨時薬 (どちらかに○をしてください。)					
⑤	g・mg	食前	食前	食前	寝る前	/ ~ /
	錠・包・カプセル	食後	食後	食後		
	常用薬 ・ 臨時薬 (どちらかに○をしてください。)					
⑥	g・mg	食前	食前	食前	寝る前	/ ~ /
	錠・包・カプセル	食後	食後	食後		
	常用薬 ・ 臨時薬 (どちらかに○をしてください。)					
上記の薬の内服について介助・管理が必要としますか。 (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		受 付		寄 宿 舎 担 当		担 任
令和 年 月 日						

※薬が変更・中止になった際は、変更届の提出をお願いします。