

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	
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 令和 年 月 日		受付	寄宿舎担当	担任	養護教諭

※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。