（様式３）

与薬依頼書

山梨県立高等支援学校桃花台学園

生徒氏名	年　　組　　氏名
保護者氏名 **緊急時連絡先**	氏名　　印 電話番号

学校内および学校外行事等での与薬について以下の通り依頼いたします。

期間：　令和　　年　　月　　日　～　令和　　年　　月　　日

与薬時間	薬品名 （例：セレネース）	個数・量 （例：３錠　）	効能・効果／副作用 （例：気分を安定させる薬／眠気）
朝食前			
〃　後			
昼食前			
〃　後			
夕食前			
〃　後			
就寝前			
その他			

与薬確認

＊薬局からの「薬の説明書」などのコピーの添付でもかまいません。

＊与薬にあたり、気をつけることなどがありましたら、ご記入ください。