

薬の確認書 (寄宿舎生、災害備蓄、宿泊を伴う学校行事等)

山梨県立高等支援学校桃花台学園

生徒氏名	年 組 氏名
保護者等氏名	氏名

寄宿舎利用時および学校生活、災害時、宿泊を伴う学校行事等において以下のとおり薬を使います

期間： 令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日

時間	薬品名 (例：バファリン)	個数・量 (例：1錠)	効能・効果／副作用 (例：痛みを止める／眠気)
朝食前			
〃 後			
昼食前			
〃 後			
夕食前			
〃 後			
就寝前			
その他 (頓服、皮膚 に塗る薬、目 薬など)			

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。