

薬の確認書

山梨県立高等支援学校桃花台学園

生徒氏名	年組氏名
保護者等氏名	氏名
緊急時連絡先	電話番号

学校内および学校外行事等において以下の通り（ 報告 ・ 依頼 ）いたします。

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)	確認
朝食前				
〃 後				
昼食前				
〃 後				
夕食前				
〃 後				
就寝前				
その他				

*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。