

塗薬

塗り薬等依頼書（寄宿舍）

令和 年 月 日

山梨県立盲学校長 殿

部 年 児童生徒名

保護者名 印

現在治療のため服薬（塗布）中です。寄宿舍における生活中的与薬（塗布）について依頼をお願いいたします。

なお、薬の使用については保護者が責任を持ち、薬が変更になった場合は、直ちに連絡いたします。

・期間 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日

・使用状況

項目 時間帯	薬品名 例)：スピラゾン	量・個数 例)：0.5g、四肢	作用・副作用 例)：炎症を抑える
入浴後			
就寝前			
起床後			
その他			

*薬にはそれぞれ氏名を明記し、袋にまとめてください。

服薬上の留意点

※この書類は目的以外には使用しません。