

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中です。寄宿舍における生活中的与薬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）：デバゲン食前	量 ・ 個 数 例）：200mg×2錠	作 用 ・ 副 作 用 例）：抗けいれん剤・眠気
夕食 (前・中・後)			
就寝前			
朝食 (前・中・後)			
昼食 (前・中・後)			
その他 (頓服等)			

*薬の用法（食前、食事中、食後）を明記してください。

*薬にはそれぞれ氏名と食前後等を明記し、1回分毎に袋にまとめてください。

服薬上の留意点