

(保健書式3)

※切り取って使用してください。

かぜ薬・塗り薬や点眼薬など、一時的に服用する場合にお出してください。

一時的な服薬のお願い

(月 日～ 月 日まで)

三重大学教育学部附属特別支援学校

(小・中・高)	組 名前	保護者名	印
薬の種類	かぜ薬・点眼薬・その他 ()		
どれだけを	() 包・ () 錠・ () cc・その他 ()		
いつ	昼食前・昼食後・その他 ()		
どのように	そのまま・水に溶く・その他 ()		
症状等			

一時的な服薬のお願い

(月 日～ 月 日まで)

三重大学教育学部附属特別支援学校

(小・中・高)	組 名前	保護者名	印
薬の種類	かぜ薬・点眼薬・その他 ()		
どれだけを	() 包・ () 錠・ () cc・その他 ()		
いつ	昼食前・昼食後・その他 ()		
どのように	そのまま・水に溶く・その他 ()		
症状等			

一時的な服薬のお願い

(月 日～ 月 日まで)

三重大学教育学部附属特別支援学校

(小・中・高)	組 名前	保護者名	印
薬の種類	かぜ薬・点眼薬・その他 ()		
どれだけを	() 包・ () 錠・ () cc・その他 ()		
いつ	昼食前・昼食後・その他 ()		
どのように	そのまま・水に溶く・その他 ()		
症状等			