＜別紙5＞

臨時薬服薬支援依頼カード

グループ　名前

	月/日	診断名・受診先	薬の種類	服薬等させる時間	連絡事項・その他	保護者印	服薬の有無	担当チェック	養護チェック	備考
例	4/1	かぜ ○×小児科	粉薬　1包 錠剤　2個 水薬　2ml	給食後・その他（　　時　）	水にといて飲ませて下さい	㊞	○	㊞	㊞	
				給食後・その他（　　時　）						
				給食後・その他（　　時　）						
				給食後・その他（　　時　）						
				給食後・その他（　　時　）						
				給食後・その他（　　時　）						
				給食後・その他（　　時　）						
				給食後・その他（　　時　）						
				給食後・その他（　　時　）						

月/日	診断名・受診先	薬の種類	服薬等させる時間	連絡事項・その他	保護者印	服薬の有無	担当チェック	養護チェック	備考
			給食後・その他（　　時　）						
			給食後・その他（　　時　）						
			給食後・その他（　　時　）						
			給食後・その他（　　時　）						
			給食後・その他（　　時　）						
			給食後・その他（　　時　）						
			給食後・その他（　　時　）						
			給食後・その他（　　時　）						
			給食後・その他（　　時　）						
			給食後・その他（　　時　）						