

Date・依頼日: / /

Request Form for Medicine / 内服依頼書

・ Grade / Student's Name

Gr. () Name ()

*Please complete this form in **BLOCK LETTERS**

Name of Illness / 病名 (症状)

Name of Hospital or Doctor / 処方病院 または 医師名

Duration of medication / 服薬が必要な期間 (yy / mm / dd)

Prescribed date / 処方された日

/ / ~ / /

Name of medicine (薬品名) / Shape of medicine (powder, tablet, liquid, eye drop etc) 薬の形状

*Prescribed drug only. we CANNOT give OTC drug. 処方薬のみ受け取ります。市販薬は受け取れません。

Please DO NOT bring a large liquid bottle bring it in smaller containers. 液体薬は1回量に小分けして持たせて下さい。

Time for taking medicine (飲ませる時間)

How to take medicine(服薬方法)

*mix with water, cracked etc (そのまま飲ませる、水などに溶いて飲ませる、砕いてのませる など)

Parent's signature / 保護者サイン

Emergency contact / 緊急連絡先

School use only

Recipient (Teacher's Name)

Date・Time

Who gave medicine