

MEDICATION AUTHORISATION FORM

お薬メモ

Dear STEP International School,
ステップインターナショナルスクール殿

I authorize a designated staff member to administer the below medication.

主治医の診断により、処方薬を決められた時間に投薬する必要があるため、薬をお渡しいたします。下記内容にて投薬をお願いいたします。

<処方されているお薬 Medication name> _____

<投薬時間 Time to be administered> 食前 Before lunch / 食後 After lunch

<投薬方法 Special Instructions> _____

<その他 Notes> _____

—確認項目（□の中に✓を入れて下さい。） Please check the items below. —

1回分のみの処方薬ですか？

Did you bring the medicine for one dosage?

容器に記名をしていますか？

Did you write your child's name on the container of the medicine?

投薬方法を記入されましたか？

Did you write instructions on how to administer the medication?

Date 日付: _____

Student's name 児童氏名: _____

Signature of parent 保護者署名: _____

本日お預かりいたしました処方薬は、上記申請に基づき確かに投薬いたしました。

I applied the medicine to your child according to the information above.

日付 Date: _____

投薬者 Authorized staff member: _____