

服薬依頼書

令和 年 月 日

県立かこがわ清流特別支援学校長 様

小 ・ 中 ・ 高 年 組

児童生徒名

保護者名

医師の指示により、下記の薬を使用する必要があります。つきましては、学校において下記のとおり使用の介助をお願いします。なお、この薬の使用については保護者が責任を持ちます。

期間	令和 年 月 日 ~ 月 日
病名	
薬名	
薬の種類	粉薬 ・ 錠剤 ・ 水薬 ・ 塗り薬 その他 ()
量	
時間	食前 ・ 食後 ・ 食間 (時) その他 ()
使用方法	そのまま ・ 水に溶く その他 ()
注意事項等	例: mg (個) 日 回まで使用可 ○時間空ける 飲みわせ上の注意等
医療機関名	

※薬の説明書のコピー を合わせて提出してください

裏面の薬の準備を読んで、お薬の準備をしてください。

注意事項

- ・ 処方薬のみとする。
- ・ 家庭で使用し、安全性が確認できていること。
- ・ 使用する医薬品は、1回分ずつにひとまとめにすること。(薬の準備のしかた参照)
- ・ 継続してお薬が必要な場合も、持参する薬は原則、その日に使用するもののみとする。

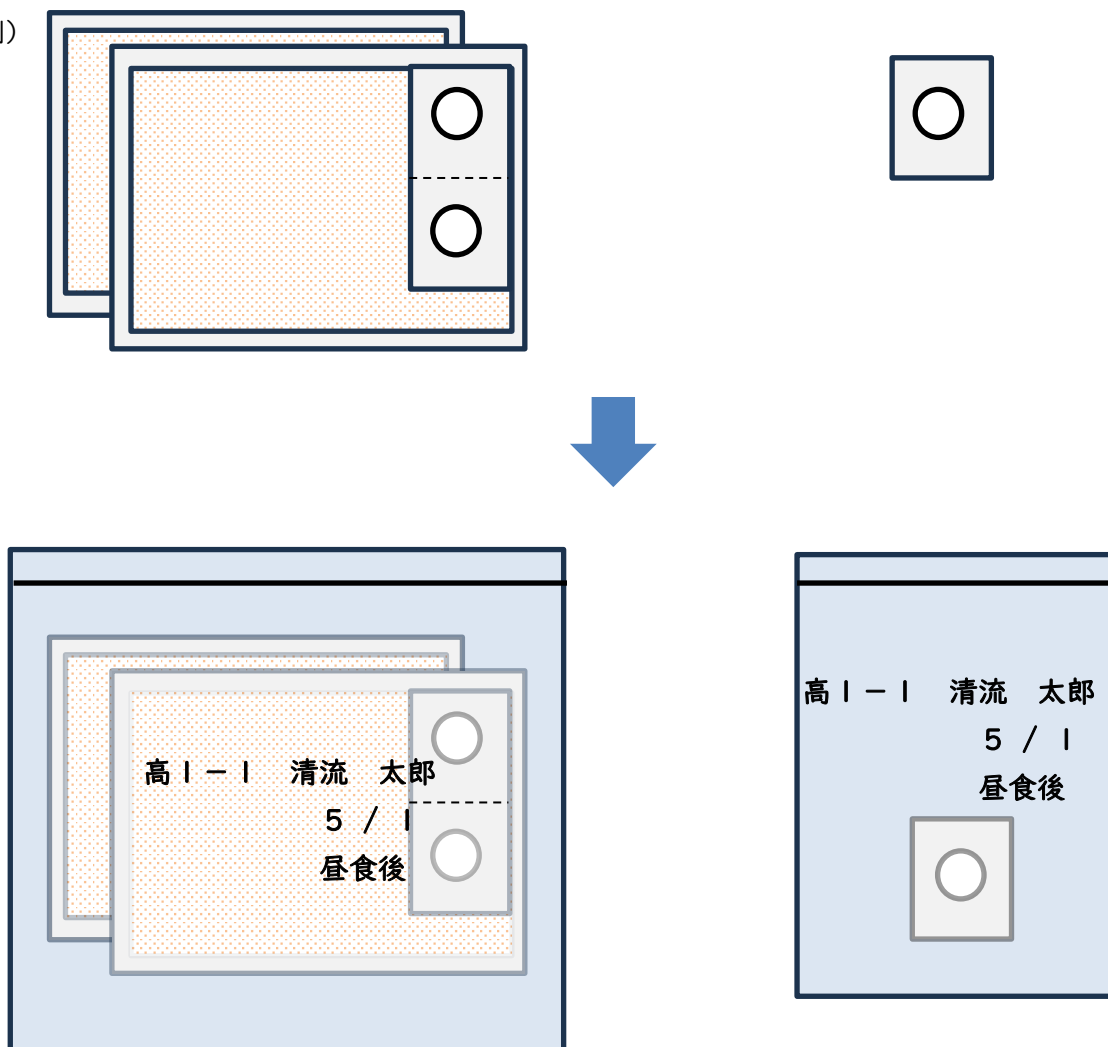
薬の準備のしかた

(1) 1袋ごとに、名前、日にち、使用する時間を記入してください。

高1-1 清流 太郎
5 / 1
昼食後

◎1回に複数のお薬が必要な場合や、錠剤等、直接記入ができない場合は一つの袋にまとめて、外袋に名前、日にち、使用する時間を記入してください。

例)



(2) 「服薬依頼書」と「薬の説明書のコピー」を提出してください。