

茨城県立下妻特別支援学校長 殿

学 部 ・ 学 年 _____ 部 _____ 年 _____

児 童 生 徒 氏 名 _____

保 護 者 氏 名 _____ 印 _____

日常時薬の依頼書 (日常的に必要となる場合)

学校での服薬が必要であると医師の指示がありましたので、下記のとおり服用 (使用) を依頼します。

記

期 間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日			
症 状	てんかん・筋緊張・ぜんそく・その他 ()			
薬 品 名	朝			
	昼			
	夜			
	その他 (就寝前等)			
服用 (使用) 時間 及び 薬の形態・用量	朝 (食前・食後)	昼 (食前・食後)	夜 (食前・食後)	その他 (時間)
	水 薬 m1	水 薬 m1	水 薬 m1	水 薬 m1
	粉 薬 包	粉 薬 包	粉 薬 包	粉 薬 包
	錠 剤 錠	錠 剤 錠	錠 剤 錠	錠 剤 錠
	その他	その他	その他	その他
服用 (使用) 方法				
服用 (使用) 時の注意事項				
処 方 日 及び 病院・医師名	処 方 日 令和 年 月 日 病院・医師名 病院 医師			
その他留意事項等				

※依頼書は、年度当初に提出してください。また、必要が生じた場合に提出してください。

※依頼書には、「薬剤情報提供書」のコピーや薬袋等、薬の内容が詳しく書かれた書類を添付してください。

※薬は、2週間分を限度に持参してください。

※年度途中に上記内容に変更があった場合は、速やかに連絡してください。