

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	
薬の形態・容量 及び 服用(使用)方法	水 薬 1 回分 そのまま ・ シリンジ使用 その他 ()
	粉 薬 包 そのまま ・ 水に溶きコップで飲む 水に溶きシリンジで飲む ・ その他 ()
	錠 剤 錠 そのまま ・ その他 ()
	その他
服用 (使用) 時の注意事項	
服用 (使用) 時刻	昼食前 ・ 昼食後 ・ その他 (時 分頃)
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、その日に服用 (使用) する分のみを持参してください。

※年度途中で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。