別紙１－①（通学生用）

令和　　年　　月　　日

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　　　　 　　　　（自署）

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。