別紙１－②（寄宿舎生用）

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 | 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　　　　ml粉薬　　　　包錠剤　　　　錠その他 | 水薬　　　　ml粉薬　　　　包錠剤　　　　錠その他 | 水薬　　　　ml粉薬　　　　包錠剤　　　　錠その他 | 水薬　　　　ml粉薬　　　　包錠剤　　　　錠その他 |
| 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。