

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		水 薬 ml		水 薬 ml		水 薬 ml	
	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。