学校長	教頭		学部主事	保健主事	養護教諭	担任・舎

平成　　年　　月　　日

服　薬　等　の　依　頼　書

聴覚支援学校長　様

保護者氏名　　印

学校での日常生活において服薬が必要なため、下記の通りお願いいたします。

記

«保護者の方へお願い»　事故を未然に防ぐため、下記についてご協力をお願いします。

① 服薬等の依頼は、**医師からの処方薬に限ります。**市販薬は自己管理となります。

② 薬の内容（副作用等）がわかる**「薬の説明書」等のコピーも合わせて提出してください。**

③ 薬は**１回分ずつに分け「日付・時間（昼食後など）・氏名」を記入**してください。
シロップ薬の場合も同様です。

④ 実施期間中に内容や量など変更が生じた場合は、その都度新たに申請してください。

幼児児童生徒氏名　　部　　年　　組　氏名

服薬等の理由	
実施期間	平成　　年　　月　　日（　）～　平成　　年　　月　　日（　）

医薬品の名前	服薬等の時間（○を付けてください）	備考
	起床時・朝・昼・夕（食前／食後）・就寝前	
	起床時・朝・昼・夕（食前／食後）・就寝前	
	起床時・朝・昼・夕（食前／食後）・就寝前	
	起床時・朝・昼・夕（食前／食後）・就寝前	
	起床時・朝・昼・夕（食前／食後）・就寝前	
	起床時・朝・昼・夕（食前／食後）・就寝前	
	起床時・朝・昼・夕（食前／食後）・就寝前	

処方した医療機関名・医師名	医師名（　　）
服薬等の方法	例）「水に溶かして飲ませる」等、飲み方に配慮がある場合記入してください。
保存上の注意 その他注意点	
管理方法 （○を付けてください）	管理を依頼する　　／　　本人が管理する

保護者→担任・寄宿舎(コピー)→養護教諭→保健主事→学部主事→教頭→校長→養護教諭(原本保管)