

学校長	該当学部 教頭	学部主事	養護教諭	担任	舎担

令和 年 月 日

## 服薬等の依頼書

福島県立聴覚支援学校長 様

保護者氏名 \_\_\_\_\_

(自 筆)

学校での日常生活において服薬が必要なため、下記のとお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。**
- 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 幼 小 中 高 年 組 氏名 \_\_\_\_\_

服薬等の理由		
実施期間	令和 年 月 日 ( ) ~ 令和 年 月 日 ( )	
医薬品の名前	服薬等の時間 (〇を付けてください)	用法・用量
	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 ( )	
保存上の注意 その他注意点		
管理方法 (〇を付けてください)	管理を依頼する / 本人が管理する	

※ 保健室で原本を保管する。