

# 服薬（外用薬含）支援の実施依頼書

令和 年 月 日

佐賀県立唐津特別支援学校長 様

(小・中・高) 年 氏名 \_\_\_\_\_

保護者氏名 \_\_\_\_\_

上記児童生徒の服薬支援を、保護者責任のもと実施して下さるよう、下記のとおり依頼します。

## 記

1 病名（詳しい症状）

( \_\_\_\_\_ )

2 服薬を依頼する期日・期間

自 令和 年 月 日（朝・昼・夕）から

至 令和 年 月 日（朝・昼・夕） ・ 治癒するまで ・ 薬がなくなるまで

(※年間を通して服薬が必要な場合の期間は今年度末 3/31 までとご記入ください。)

3 服薬用法・服薬内容

記入例をご参照ください。

	薬品名（形状）	服用時間						注意事項	
		朝		昼		夕		就寝前	その他
例	薬品名 ゲンキ・ニナール錠	前	後	前	後	前	後		
	(形状)粉状 錠剤 カプセル シロップ 塗り薬 点眼薬 貼り薬 その他		1		2		1		
1	薬品名	前	後	前	後	前	後	注意事項	
	(形状)粉状 錠剤 カプセル シロップ 塗り薬 点眼薬 貼り薬 その他								
2	薬品名	前	後	前	後	前	後	注意事項	
	(形状)粉状 錠剤 カプセル シロップ 塗り薬 点眼薬 貼り薬 その他								
3	薬品名	前	後	前	後	前	後	注意事項	
	(形状)粉状 錠剤 カプセル シロップ 塗り薬 点眼薬 貼り薬 その他								

※病院から処方されているお薬説明書又はお薬ノートのコピーを一緒に提出してください。

※取得した個人情報は、児童生徒の健康管理の目的以外には使用しません。