

様式は保健室・寄宿舎にあります。

服薬（外用薬含）支援の実施依頼書

年 月 日

佐賀県立唐津特別支援学校長 様

(小・中・高) 年 氏名

保護者に確認し、代筆する場合もあり（特に単独通学生）。

保護者氏名

代筆 △△△ ○○○○

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）

（ 1つの病名（症状）につき1枚の記入が必要。）

2 服薬を依頼する期日・期間

自 令和 年 月 日（朝・昼・夕）

至 令和 年 月 日（朝・昼・夕）

・ 治癒するまで ・ 薬がなくなるまで
（※定期的に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。）

内容に変更が生じたときは再度、提出が必要
（特に年度末まで内服のもの）。

※期間延長の場合は期間のみ訂正する。

量の変更の場合はお薬ノートコピーを提出する。

3 服薬用法・服薬内容

記入例をご参照ください。

例	薬品名（形状）	服用時間						就寝前	その他	注意事項
		朝		昼		夕				
	薬品名 ゲンキ・ニナル錠	前	後	前	後	前	後			注意事項 使用時は6時間ほどあけてください。
	（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 お薬ノートの貼り付けではなく、記入が必要です。							就寝前	その他	注意事項 塗り薬などの塗る時間帯や回数など
2	薬品名	前	後	前	後	前	後	就寝前	その他	注意事項 内服の仕方等を追記する。 例) 水にとかす
	（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	就寝前	その他	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、目的以外には使用しません。