

服薬（外用薬含）支援の実施依頼書

佐賀県立唐津特別支援学校長 様

令和 年 月 日

(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

	薬品名(形状)	服用時間						注意事項		
記入例	薬品名	朝		昼		夕		就寝前	その他	注意事項 使用時は6時間ほどあけてください。
	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	朝		昼		夕		就寝前	その他	注意事項
		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									
2	薬品名	朝		昼		夕		就寝前	その他	注意事項
		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									
3	薬品名	朝		昼		夕		就寝前	その他	注意事項
		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									

※病院から処方されているお薬手帳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。