

様式は保健室・寄宿舍
にあります。

服薬（外用薬含）支援の実施依頼書

記入例

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。

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

（※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。）

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、お薬ノートのコピーを
提出する。

3 服薬用法・服薬内容

服用する個数を記入してください。

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
		前	後	前	後	前	後			
		ゲンキ・ニナール錠 (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。 (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	朝		昼		夕		就寝前	その他	塗り薬などの塗る 時間帯や回数など
2	薬品名 (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	朝		昼		夕		就寝前	その他	内服の仕方等を 追記する。 (例) 水に溶かす
3	薬品名 (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	朝		昼		夕		就寝前	その他	注意事項

※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と一緒に提出してください。

※取得した個人情報、児童生徒の健康管理の目的以外には使用しません。