

服薬支援依頼書

佐賀県立金立特別支援学校長 様

記載日： 令和 年 月 日

(小・中・高)

年

児童生徒氏名

保護者氏名

上記児童生徒の学校での服薬支援を、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。

病名・症状等	服薬支援を依頼する期間 (☑をお願いします)					
例) アレルギー性鼻炎・てんかん発作 等	期間		月		日	年間
	～		月		日	

記入例

薬品名 (用量)	朝		昼		夕		その他	中止日		
カルボシステイン錠 (500mg/1錠) ※一包化の場合、同じ欄に記載可	前	後	前	後	前	後	その他 (内服時・使用時の注意点等) ゼリーと一緒に飲ませてください。	月	日	
		1		1		1				
	散剤 点眼薬	錠剤(カプセル)	シロップ	塗り薬						

※服薬支援を依頼されるお薬のみご記入ください。

薬品名 (用量)	朝		昼		夕		その他	中止日	
	前	後	前	後	前	後	その他 (内服時・使用時の注意点等)	月	日
	散剤 点眼薬	錠剤(カプセル)	シロップ	塗り薬					
薬品名 (用量)	朝		昼		夕		その他	中止日	
	前	後	前	後	前	後	その他 (内服時・使用時の注意点等)	月	日
	散剤 点眼薬	錠剤(カプセル)	シロップ	塗り薬					
薬品名 (用量)	朝		昼		夕		その他	中止日	
	前	後	前	後	前	後	その他 (内服時・使用時の注意点等)	月	日
	散剤 点眼薬	錠剤(カプセル)	シロップ	塗り薬					
薬品名 (用量)	朝		昼		夕		その他	中止日	
	前	後	前	後	前	後	その他 (内服時・使用時の注意点等)	月	日
	散剤 点眼薬	錠剤(カプセル)	シロップ	塗り薬					
薬品名 (用量)	朝		昼		夕		その他	中止日	
	前	後	前	後	前	後	その他 (内服時・使用時の注意点等)	月	日
	散剤 点眼薬	錠剤(カプセル)	シロップ	塗り薬					
薬品名 (用量)	朝		昼		夕		その他	中止日	
	前	後	前	後	前	後	その他 (内服時・使用時の注意点等)	月	日
	散剤 点眼薬	錠剤(カプセル)	シロップ	塗り薬					
薬品名 (用量)	朝		昼		夕		その他	中止日	
	前	後	前	後	前	後	その他 (内服時・使用時の注意点等)	月	日
	散剤 点眼薬	錠剤(カプセル)	シロップ	塗り薬					
薬品名 (用量)	朝		昼		夕		その他	中止日	
	前	後	前	後	前	後	その他 (内服時・使用時の注意点等)	月	日
	散剤 点眼薬	錠剤(カプセル)	シロップ	塗り薬					

※薬局から発行される「薬の説明書」のコピーも一緒にご提出ください。
 ※薬袋等に「氏名、〇月〇日、昼食後」等を明記し、1回分を必ず手渡ししていただくよう
 お願いします。スクールバスの方については、担任へ電話をお願いいたします。
 ※取得した個人情報、服薬における支援等のために使用します。

