

# 服薬(外用薬含)支援依頼書

2021.3改訂

<注意事項>  
 ※必ずこの依頼書と一緒に薬局から発行される「薬の説明書」または「お薬ノートに張る紙」のコピーをご提出ください。

佐賀県立うれしの特別支援学校長 様

(小・中・高) 年 児童生徒氏名

保護者氏名

薬の使用について支援をお願いします。詳細は下記のとおりです。  
 なお、服用薬等による健康の諸問題の発生に関しては保護者の責任において対処します。

1. 病名(症状)

[ ]

2. 服薬を依頼する期日・期間(薬の処方箋の日付で確認を)

[ 年 月 日 ~ 年 月 日 ]

3. 薬の種類・服薬方法など

No.	薬品名・形状		のみかた等							
			朝		昼		夕		寝る前	その他
記入例	薬品名	例) アスベリン	前	後	前	後	前	後		
		形状	散剤 錠剤 カプセル ぬり薬 目薬 貼り薬 シロップ 他( )				1錠			
1	薬品名		朝食		昼食		夕食		寝る前	その他
	形状	散剤 錠剤 カプセル ぬり薬 目薬 貼り薬 シロップ 他( )	前	後	前	後	前	後		
2	薬品名		朝食		昼食		夕食		寝る前	その他
	形状	散剤 錠剤 カプセル ぬり薬 目薬 貼り薬 シロップ 他( )	前	後	前	後	前	後		
3	薬品名		朝食		昼食		夕食		寝る前	その他
	形状	散剤 錠剤 カプセル ぬり薬 目薬 貼り薬 シロップ 他( )	前	後	前	後	前	後		
4	薬品名		朝食		昼食		夕食		寝る前	その他
	形状	散剤 錠剤 カプセル ぬり薬 目薬 貼り薬 シロップ 他( )	前	後	前	後	前	後		
5	薬品名		朝食		昼食		夕食		寝る前	その他
	形状	散剤 錠剤 カプセル ぬり薬 目薬 貼り薬 シロップ 他( )	前	後	前	後	前	後		

※取得した個人情報、服薬における支援等のためにのみ使用します。