

# 薬使用支援の実施依頼書

令和 年 月 日

佐賀県立大和特別支援学校長 様

小・中・高 年 氏名 \_\_\_\_\_

保護者氏名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

上記児童生徒の薬の使用支援を実施して下さるよう、下記のとおり関係職員に依頼します。  
なお、適正使用における健康の諸問題発生に関しては保護者の責任において対処します。

使用期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日まで 定期 ・ 臨時 ・ 頓服 ・ ( )		
傷病名 又は症状	例) 風邪、湿疹、歯の痛み など記入をお願いします。		
用法	薬品名	量	時間
	例) リスペリドン	1包	Ⓢ ・ 昼 ・ Ⓣ ・ 就寝前 ・ その他 ( )
			朝 ・ 昼 ・ 夕 ・ 就寝前 ・ その他 ( )
			朝 ・ 昼 ・ 夕 ・ 就寝前 ・ その他 ( )
			朝 ・ 昼 ・ 夕 ・ 就寝前 ・ その他 ( )
			朝 ・ 昼 ・ 夕 ・ 就寝前 ・ その他 ( )
			朝 ・ 昼 ・ 夕 ・ 就寝前 ・ その他 ( )
使用方法	例: 水に溶いて服用する、適量塗布する など		
使用上の留意点			
・もし薬を飲み(塗り)忘れた等、薬を使用できなかった際の対応について 対応方法 ( )			

※ 薬局からもらった薬の説明書のコピーも一緒に提出して下さい。

※ 取得した個人情報、目的以外には使用しません。