

薬の依頼書（長期服用の場合）

茨城県立結城特別支援学校長 殿

下記の通り、学校で服薬することを必要としますので、保護者に代わって服用させていただきますよう、依頼いたします。

保護者氏名

児童生徒名	部 科 年 組 氏名		
服用期間	令和 年 月 日 ～ 年 月 日		
病名（症状）			
処方日及び 病院名	処方： 年 月 日 病院：		
服用時間	昼食前 ・ 昼食後 ・ その他（ 時 分頃）		
保管場所	室内常温 ・ 冷蔵庫 ・ その他（ ）		
薬 の 種 類 ・ 服 薬 方 法	内服薬	水薬名（ ）：1回量（ ）ml	
		粉薬名（ ）： 包 飲み方 そのまま飲む ・ 水に溶く	
		粉薬名（ ）： 包 飲み方 そのまま飲む ・ 水に溶く	
		錠剤名（ ）： 錠	
		錠剤名（ ）： 錠	
	外用薬	皮膚につける薬：軟膏名（ ） 塗る部位（ ）	
		目 薬：点眼薬名（ ） 両目 ・ 右目のみ ・ 左目のみ	
		その他 ：	
		主治医からの注意事項、服用（使用）時の注意事項 (1) 食事が食べられなかった場合、薬をこぼした場合、嘔吐した場合の対応 (2) その他（副作用の観察等）	
連絡事項			

- ※ 薬を持たせるときは、この依頼書を添付してください。
- ※ 市販薬はお預かりすることができません。
- ※ 薬局で出される「薬剤情報提供書」または「お薬手帳」など、薬の内容について詳しく書かれたものを添付してください。（コピーした後、ご返却します。）
- ※ 薬は名前を明記した上で、1回分ずつ持たせてください。目薬や塗り薬等は、1回分でなくても結構です。
- ※ 発熱、下痢、嘔吐など明らかな症状が出ている場合は、欠席して休養してください。

受理した年月日	主に係わる職員氏名
令和 年 月 日	

薬の依頼書（臨時に服用する場合）

茨城県立結城特別支援学校長 殿

下記の通り、学校で服薬することを必要としますので、保護者に代わって服用させていただきますよう、依頼いたします。

保護者氏名

児童生徒名		部科年組氏名	
服用期間		令和 年 月 日 ～ 年 月 日	
病名 (症状)			
体調		体温: 度 分 食欲: 有・無 排便: 良・硬・軟・下痢(1日 回)	
処方日及び 病院名		処方: 年 月 日 病院:	
服用時間		昼食前・昼食後・その他(時 分頃)	
薬の 種類・ 服薬 方法	内服薬	水薬名(): 1回量()ml	
		粉薬名(): 包 飲み方 そのまま飲む・水に溶く	
		粉薬名(): 包 飲み方 そのまま飲む・水に溶く	
		錠剤名(): 錠	
		錠剤名(): 錠	
	外用薬	錠剤名(): 錠	
		皮膚につける薬: 軟膏名() 塗る部位()	
		目薬: 点眼薬名() 両目・右目のみ・左目のみ	
		その他 :	
服用(使用)時の注意事項			
連絡事項			

- ※ 薬を持たせるときは、この依頼書を添付してください。
- ※ 市販薬はお預かりすることができません。
- ※ 薬局で出される「薬剤情報提供書」または「お薬手帳」など、薬の内容について詳しく書かれたものを添付してください。(コピーした後、ご返却します。)
- ※ 薬は名前を明記した上で、1回分ずつ持たせてください。目薬や塗り薬等は、1回分でなくても結構です。
- ※ 発熱、下痢、嘔吐など明らかな症状が出ている場合は、欠席して休養してください。

受理した年月日	主に係わる職員氏名
令和 年 月 日	

薬の依頼書（災害時用）

茨城県立結城特別支援学校長 殿

下記の通り、学校で服薬することを必要としますので、保護者に代わって服用させていただきますよう、依頼いたします。

保護者氏名

児童生徒名		部科年組氏名				
病名 (症状)						
処方日及び 病院名		処方： 年 月 日 病院：				
薬 の 種 類 ・ 服 薬 方 法	内服薬	朝 (食前・食後)	昼 (食前・食後)	夜 (食前・食後)	その他 ()	
		水薬 ml	水薬 ml	水薬 ml	水薬 ml	
		粉薬 包	粉薬 包	粉薬 包	粉薬 包	
外用薬	皮膚につける薬： かゆみ止め ・ アトピー性皮膚炎 ・ その他 ： 塗る部位 ()					
	目 薬： 両目 ・ 右目のみ ・ 左目のみ ： 滴下数 (滴くらい)					
	その他：					

服用（使用）時の注意事項
連絡事項

- ※ 市販薬はお預かりすることができません。
- ※ 薬局で出される「薬剤情報提供書」または「お薬手帳」など、薬の内容について詳しく書かれたものを添付してください。（コピーした後、ご返却します。）
- ※ 薬は、氏名を明記したうえで、3日分持たせてください。保健室で管理します。
- ※ 薬の内容に変更がなくても、各学期に1度は、家庭で薬の確認と入れ替えをしてください。

受理した年月日	主に係わる職員氏名
令和 年 月 日	