

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 _____ 印

児童生徒名	部	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	
	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	_____ 印

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 _____ 印

児童生徒名	部 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
	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 :	
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	_____ 印

