

令和 年 月 日

県立内原特別支援学校長 殿

服薬依頼書（長期・臨時）

小・中 学部 年

児童生徒氏名 _____

保護者氏名 _____

上記の児童生徒の服薬について、下記のとおり実施して下さるよう依頼いたします。

記

- 1 期間 (令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日)
- 2 処方された医療機関名(_____ 病院 主治医 _____)
(TEL _____)

3 薬の内容等

服薬時間	病 名	薬の種類と量	服薬（投薬）するにあたっての注意点
<記入例> 給食時（食後）	かぜ	ムコダインシロップ 5%（1錠） セキシム細粒 50mg（1包）	粉薬は水に溶かしてください。

4 その他

- (1) 薬の内容、方法が詳しく記載された「薬の説明書」等を添付して下さい。
- (2) 服薬を依頼する薬については、毎日1回分を学校に持参ください。
- (3) 目薬や塗り薬など分包できない場合は、容器ごと持参し、その期間お預かりします。