

県立内原特別支援学校長 殿

## 服薬依頼書（長期・臨時）

小 ・ 中 ・ 高 年 組 児童生徒氏名 \_\_\_\_\_

保護者自署 \_\_\_\_\_

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 服薬内容

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 薬と食品（飲み物、嗜好品を含む）の食べ合わせに対する配慮の有無（○をつけてください。）

[ 有 ・ 無 ]

有の場合 → [該当する薬名： \_\_\_\_\_、除去食品： \_\_\_\_\_]

\*薬の説明書等の「注意事項・相互作用・副作用など」や「摂取に注意する飲食物」などの欄をご確認ください。

## 5 その他

- (1) 薬の内容、方法が記載された**薬の説明書のコピー**を1部添付してください。
- (2) 服薬を依頼する薬については、毎日1回分を学校にご持参ください。
- (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。