

## 服 薬 依 頼 書 (定期薬)

令和 年 月 日

熊本県立天草支援学校長 様

学部・学年 部 年

児童生徒氏名

保護者（または施設長）氏名

医師の指示により、下記の薬を使用する必要があります。つきましては、学校において下記のとおり、使用の介助をお願いします。

## 記

1 薬を処方された病院名・薬局名

2 診断名または症状

3 薬の内容（種類・量など）

※「薬の説明書（またはお薬手帳）のコピー」を添付してください。

4 実施を依頼する期日および時間

- ・ 期日 年 月 日から 年 月 日まで
- ・ 時間 食事の 前・後 または 午前・午後 時 分頃  
その他具体的に（ ）
- ・ 外用薬等（塗り薬・目薬など）の使用方法

5 保管方法

室温・冷蔵庫・その他（ ）

6 その他の注意事項（飲み方など）

※薬を学校に持たせる場合、1回分の量ごとに分け、袋に日付、児童生徒名を記入してください。