

## 服薬依頼書

令和 年 月 日

熊本県立かもと稲田支援学校長 様

部 年 児童生徒名

保護者名

## 服薬についての約束事項

- ① 薬は、医師が処方し調剤したものに限りませす。（市販薬はお受けできません）
- ② 薬には名前と飲む日付を書いてください。
- ③ 必ずこの「服薬依頼書」をつけて薬を預けてください。
- ④ 薬の提出の際は、1回分の量に分けて提出をしてください。

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。

なお、このことによって生じた事故等についての責任は一切問いません。

記 ※ もれなく正確に記入してください。

処方した病院名 ( ) ( )		電話番号 ( ) ( )	
病名（または症状）			
1 学校で薬を飲む（使用する）期間 令和 年 月 日（ ）から 令和 年 月 日（ ）まで			
2 薬の名前と量			
薬 の 名 前	1回に飲む（使用する）量	薬を飲む（使用する）時間	
	( ) 個・包・ml	昼食前・昼食後・その他 ( )	
	( ) 個・包・ml	昼食前・昼食後・その他 ( )	
	( ) 個・包・ml	昼食前・昼食後・その他 ( )	
	( ) 個・包・ml	昼食前・昼食後・その他 ( )	
3 その他（ 飲ませ方、保管方法、副作用など学校に知らせておきたいこと ）			
※ 薬の説明書のコピーを添付してください。			
4 緊急時の連絡先と電話番号 (続柄 )			
学 校 記 録			
担任受け取りサイン	月 日	養護教諭受け取りサイン	月 日