

服薬指示書

令和 年 月 日

熊本県立菊池支援学校長 様

医療機関名 _____

主治医名 _____ 印

下記の児童生徒について、下記の薬を使用する必要があります。つきましては、下記の事項に従って実施してくださいよう依頼します。

なお、内容が変更になりました際は再度提出いたします。

記

学部・学年・児童生徒名	学部 年 組 氏名：
診断名（又は症状名）	
薬の種類・薬剤名 （薬の説明書添付可）	<input type="checkbox"/> 内用薬 薬剤名（ ） <input type="checkbox"/> 外用薬 薬剤名（ ）
保存方法	室温 ・ 冷蔵庫 ・ その他（ ）
実施依頼期間	令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日
薬を使用する時間	昼食前 ・ 昼食後 ・ 症状が出た時（頓服・座薬） その他（ ）
薬の使用が必要な症状 ※頓服・座薬など症状により使用を判断する場合のみ記入)	
薬の使用方法	
使用時の注意事項 副作用など	
その他	

