

# 服薬依頼書（頓服・座薬用）

令和 年 月 日

熊本県立菊池支援学校長 様

部 年 氏名

保護者名

## 服薬についての約束事項（誤薬防止のため、必ず守ってください）

- 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、名前を書き、1回分の量が分かるようにして提出してください。
- ③ 必ずこの「服薬依頼書（頓服用）」をつけて薬を預けてください。

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

診断名（または症状）	
処方した病院名	電話番号（ ）
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	
薬の種類	内服薬 ・ 外用薬 ・ 座薬 ・ その他（ ）
薬の使用が必要な症状  ※できるだけ詳しく御記入ください。	(例) 自傷・他傷が起こった時、大きな声を出す状態が10分以上続いた時、てんかん発作が5分以上続いた時、など。
薬の使用に関する 注意事項	(例) 2包目を服用する場合は、1包目の服用から5時間以上あける、等
薬の名前	1回に飲む（使用する）量
①	( )個・包・ml・その他( ) ※冷蔵(要・不要)
②	( )個・包・ml・その他( ) ※冷蔵(要・不要)
薬の飲ませ方 使用方法 ※詳しく御記入ください	
その他、注意事項・副作用など学校に知らせておきたいこと等	
緊急時の連絡先・電話番号	(続柄 )

※薬の説明書を添付してください。内容が異なる場合には服薬できません。

※服用の為にゼリーやスプーン等が必要となる場合は、御持参ください。

担任確認

養護教諭確認