服 薬 依 頼 書

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き、１回分の量に分けて提出してください。
3. 必ずこの「服薬依頼書」をつけて薬を預けてください。

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　・　点眼薬　・　その他（　　　　） |
| 薬を飲む（使用する）時間 | 昼食前　・　昼食後　・　その他（　　　　　） |
| 薬の名前 | １回に飲む（使用する）量 |
|  | (　　)個・包・ml・その他（　　　　　　　） |
|  | (　　)個・包・ml・その他（　　　　　　　） |
|  | ( 　)個・包・ml・その他（　　　　　　　） |
|  | (　　)個・包・ml・その他（　　　　　　　） |
| 薬の管理方法 | 薬の飲ませ方・使用 |
| （　　）自己管理（　　）担任等預かり（教室管理）（　　）保健室管理　※冷蔵（　要　・　不要　） | （　　）水で服用（　　）そのまま服用（　　) その他（以下に詳しく御記入ください） |
| その他、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。

※服用の為の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。