**服　薬　依　頼　書**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　　年　　　月　　　日

熊本県立球磨支援学校長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　学部・年　　　　　　　　　部　　　　年

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　児童生徒名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　保護者氏名

上記児童生徒の服薬について、下記の事項に従って実施してくださいますよう依頼します。

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

１　診断名　（または症状名）

２　診断を受けた医療機関名　（主治医名）

３　服用・外用する薬の種類・薬剤名　（または薬の説明のコピーを添付）

４　実施を依頼する期日および時間

　　・期日　　　令和　　　年　　月　　日から令和　　　年　　　月　　　日まで

　　・時間　　　食事の　前　・　後　　または　　午前・午後　　　時　　　分頃

　　　・外用薬など（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　実施する際の注意事項

緊急時の連絡先・電話番号