

坐薬挿入実施依頼書

令和 年 月 日

松橋支援学校長 様

学部・年組 小 ・ 中 ・ 高 年 組

児童生徒氏名 _____

保護者氏名 _____ 印

上記（児童生徒）の坐薬挿入について下記の事項に従って実施して下さるよう依頼します。
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

1	坐薬挿入の実施を依頼する期日、期間等 令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで
2	理由
3	坐薬挿入の判断基準
4	健康状態（ここ1年間の変化、入院歴）
5	処方をお願いした病院名、主治医名 病院名 : _____ 主治医名 : _____
6	その他の連絡事項
7	緊急時の連絡先と電話番号

※ 病院または薬局で処方される薬と一緒に渡される「薬の説明書」（コピー可）を添付しご提出ください

担任印	寄宿舍印