

服薬依頼書

令和 年 月 日

松橋支援学校長 様

学部・学年 小 ・ 中 ・ 高 年

児童生徒氏名

保護者氏名

上記児童生徒について、下記の事項に従って服薬を依頼します。
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。

1 服薬する期日、期間等

令和 年 月 日から
令和 年 月 日まで

2 診断名、症状

3 服薬の種類・内容（なにを、いつ、どのように）

4 服薬するときの配慮点

5 服薬の処方をいただいた病院名、主治医名

病院名： _____

主治医名： _____

6 緊急時の連絡先と電話番号

※薬は医師が処方したものに限りませす。

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