**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。**