

服薬依頼書兼同意書

令和 年 月 日

熊本県立松橋西支援学校長様

学部・学年 部 年 組

児童生徒氏名

保護者氏名

印

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、学校生活中に依頼書のとおり服薬支援をお願いします。なお、この薬の使用については保護者が責任をもちます。

1 種類 定時薬（長期的に毎日使用する薬）

*どちらかに○を

2 病名または症状

3 使用期間

令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで

(定時薬の場合は、4月初日から3月末日までと記入)

4 お薬を処方された病院名

5 処方されたお薬について

薬品名	薬の形状・数	使用時間	使用方法	その他注意事項
	粉薬 () 包 錠剤 () 錠 その他 ()	昼食前 昼食後 その他 ()	水で服用 水に溶かす その他 ()	
	粉薬 () 包 錠剤 () 錠 その他 ()	昼食前 昼食後 その他 ()	水で服用 水に溶かす その他 ()	
	粉薬 () 包 錠剤 () 錠 その他 ()	昼食前 昼食後 その他 ()	水で服用 水に溶かす その他 ()	

6 緊急時の連絡先と電話番号