

服薬依頼書

熊本県立大津支援学校長 様

年 月 日

学部・学年 部 年児童生徒氏名

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いただきますよう依頼します。

記

1 病名

2 服薬の内容

(病院からでる「薬の説明書」のコピーを提出ください。)

3 実施を依頼する期間

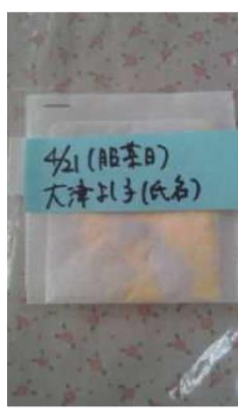
令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日

4 実施するときの配慮点 (飲ませ方など)

5 薬の処方をしていただいた病院名・主治医名

※服薬の内容・量の変更等がありましたら、お薬の説明書のコピーを添えて保健室に提出をお願いします。

※必ず薬には、児童生徒名と服用する日付を記入ください。



・2種類のお薬がありましたら、テープ等で止められて、ひとまとめにお願い致します。

・一日分ずつ、袋に入れられて、服薬日・氏名を書いて頂いても結構です。