服 薬 依 頼 書

令和　　年　　月　　日

熊本県立鏡わかあゆ高等支援学校長　様

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 学科 | 普通科　・　専門学科　 | 　　　　　　年　　　　　組・科　　　 |
| 生徒氏名 |  |
| 保護者氏名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞ |

上記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。

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 | 病名： |
| ２ | 服薬の内容（病院からでる「お薬の説明書」のコピーを添付すること） |
|  |
| 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 |
|  |
| ５ | 保管方法 |
|  |
| ６ | 薬を処方した病院名・主治医名・病院の電話番号 |
| 病院名： | 病院の電話番号： |

|  |
| --- |
| 担任印 |
|  |

※服薬の内容・量の変更などありましたら、その都度、「薬の説明書」の

コピーを学校へ提出ください。