寄宿舎服薬届

令和　　年　　月　　日

熊本県立鏡わかあゆ高等支援学校長　様

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 学科 | 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、

□自己管理服薬します。

（薬の管理から服薬まで全て自分で管理する。）※薬袋の中身は保護者責任

□自己服薬します。

（職員が薬を管理し、必要時に自分で取りに来て服薬する。）※薬袋の中身は保護者責任

□服薬依頼します。

（職員が薬を管理し、服薬の確認を職員に依頼する。）

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」のコピーを添付してください） |
|  |
| 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　　□あり(下に記入)　　□なし |
|  |
| ５ | 薬を処方した病院名・病院の電話番号 |
| 病院名： | 病院の電話番号： |

|  |
| --- |
| 寄宿舎印 |
|  |

※服薬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

寄宿舎へ提出ください。