

令和 年 月 日

福島県立聴覚支援学校平校 分校長様

保護者氏名 _____

服薬等の依頼書

学校での日常生活において服薬が必要なため、下記のとおり使用の介助をお願いいたします。
記

「保護者の方へお願い」 事故を未然に防ぐため、下記についてご協力をお願いします。

- 服薬等の依頼は、**医師からの処方薬に限ります。**
- 薬の内容（副作用等）がわかる「**薬の説明書**」または「**おくすり手帳**」等のコピーも合わせて提出してください。
- 薬は**1回分ずつに分け「日付・時間（昼食後など）・氏名」を記入**してください。
シロップ薬の場合も同様です。
- 実施期間中に内容や量など変更が生じた場合は、その都度新たに申請してください。

幼児児童氏名 幼稚部 歳

小学部 年 氏名 _____

| | | | |
|---------------------|-------------------------|----|-------|
| 服薬等の理由 | | | |
| 実施期間 | 令和 年 月 日（ ）～令和 年 月 日（ ） | | |
| 医薬品の名前 | 服薬等の時間（昼） | | 用法・用量 |
| | 食前 | 食後 | |
| | 食前 | 食後 | |
| | 食前 | 食後 | |
| | 食前 | 食後 | |
| | 食前 | 食後 | |
| 処方した医療機関名 （医師名） | 医師名（ ） | | |
| 保存上の注意 その他注意点 | | | |
| 管理方法 （○を付けてください） | 管理を依頼する / 本人が管理する | | |

※ 保健室で原本を保管する。

福島県立聴覚支援学校平校 分校長様

保護者氏名 平 ふくろう

服薬等の依頼書

学校での日常生活において服薬が必要なため、下記のとおり使用の介助をお願いいたします。
記

「保護者の方へお願い」 事故を未然に防ぐため、下記についてご協力をお願いします。

- ⑤ 服薬等の依頼は、**医師からの処方薬に限ります。**
- ⑥ 薬の内容（副作用等）がわかる「**薬の説明書**」または「**おくすり手帳**」等のコピーも合わせて提出してください。
- ⑦ 薬は **1回分ずつに分け「日付・時間（昼食後など）・氏名」を記入**してください。
シロップ薬の場合も同様です。
- ⑧ 実施期間中に内容や量など変更が生じた場合は、その都度新たに申請してください。

幼児児童氏名 幼稚部 歳

小学部 6 年 氏名 平 ふくたろう

| | | | |
|---------------------|--|-----------|-------|
| 服薬等の理由 | 花粉によるアレルギーのため | | |
| 実施期間 | 令和 6 年 4 月 8 日 (水) ~ 令和 6 年 4 月 10 日 (金) | | |
| 医薬品の名前 | 服薬等の時間 (昼) | | 用法・用量 |
| 内服薬名 | 食前 | <u>食後</u> | |
| | 食前 | 食後 | |
| | 食前 | 食後 | |
| | 食前 | 食後 | |
| | 食前 | 食後 | |
| 処方した医療機関名 (医師名) | ふくろう耳鼻咽喉科クリニック 医師名 (<u>馬目 丸男</u>) | | |
| 保存上の注意 その他注意点 | ・粉薬を口に入れてください。水は自分で飲めます。 | | |
| 管理方法 (○を付けてください) | <u>管理を依頼する</u> / 本人が管理する | | |

※ 保健室で原本を保管する。