

項 目	記 入 欄			
薬が必要な理由				
服薬及び 管理期間	令和 年 月 日（ ） ～ 令和 年 月 日（ ） ※学校で服薬する期間を記入してください			
薬品名 薬品の量 服薬時間	医薬品名	昼		その他
		食前	食後	
		食前	食後	
		食前	食後	
		食前	食後	
		食前	食後	
		食前	食後	
服薬等の方法				
主治医からの 指示・注意点				
保存方法				
管理方法	※管理についていずれかを○で囲んでください。 自己管理できます。 管理を依頼します。			

令和 4 年 4 月 8 日

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

下記の通り、保護者に代わり薬の服薬又は管理を依頼したく申請します。

なお、実施期間中に薬の変更等が生じた場合は、その都度本紙及び薬の説明書を提出します。

- 1 幼児児童氏名 幼稚園部 歳 小学部 6 年 氏名 平 ふくろう
- 2 医療機関情報 医療機関名 ふくろう耳鼻咽喉科クリニック
- 医療機関電話番号 (TEL) 0246-××-××××

3 服薬等の状況

◆薬局からの「薬の説明書」のコピーを併せてご提出ください。

◆服薬の際の指示や注意点を直接主治医に伺ってご記入ください。

項 目	記 入 欄			
薬が必要な理由	花粉症によるアレルギーのため			
服薬及び 管理期間	令和 年 4 月 8 日 (月) ~ 令和 年 4 月 26 日 (金)			
薬品名 薬品の量 服薬時間	医薬品名	昼		その他
	内服薬名	食前	食後	
	点鼻・点眼薬名	食前	食後	昼食後
	外用薬名 (軟膏等)	食前	食後	
		食前	食後	
		食前	食後	
		食前	食後	
		食前	食後	
服薬等の方法	・粉薬を口に入れてください。水は自分で飲めます。 ・点眼薬は、1 日 1 回 左右 1 滴ずつ			
主治医からの 指示・注意点				
保存方法	湿気に注意 目薬冷蔵保存			
管理方法	※管理についていずれかを○で囲んでください。 自己管理できます。 管理を依頼します。			