

服薬状況調査・服薬依頼書

令和 年 月 日

県立つくば特別支援学校長 殿

部門 部 年 児童生徒名

保護者氏名 (自署)

【服薬状況調査】薬の説明書またはお薬手帳のコピーを添付してください。

①	病院名	科名	医師名	病名 (症状)
②	病院名	科名	医師名	病名 (症状)
③	病院名	科名	医師名	病名 (症状)

【服薬依頼】学校にいる時間帯で、服薬が必要な場合は1)～5)も御記入ください。

服薬が必要であるため、管理及び指導をお願いします。

なお、主治医・薬剤師からの指導・助言を受けて記入してあることを申し添えます。

服薬が必要な薬に○をつけて、薬の説明書またはお薬手帳のコピーを添付しています。

薬は1回分ずつ小分けしたすべての袋の中に様式3 (氏名・何月何日 時間・どのように) を同封しています。

1) 薬と一緒に飲んではいけないもの (例) あり (グレープフルーツジュース)

なし ・ あり

2) 寝ていた場合の対応 (例) あり (眼がさめたら飲ませる・起こして飲ませる)

なし ・ あり

3) こぼした場合の対応 (例) あり (予備を飲ませる)

なし ・ あり

4) おう吐した場合の対応 (例) あり (30分以内におう吐した時は予備を飲ませる)

なし ・ あり

5) その他、飲ませ方や注意事項等などがありましたら記入して下さい。