

服薬に関する依頼書（食物アレルギー用）

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)

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。
学校生活管理指導表（アレルギー用）も併せて提出いたします。
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・いつ・どのように）を同封しています。

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）

以下の1)～5)は、必ず御記入ください。

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

なし ・ あり
- 2) こぼした場合の対応 （例） あり（予備を飲ませる）

なし ・ あり
- 3) 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
- 4) 服薬方法 （例）〇〇の症状がみられたら、〇〇（薬名）〇錠（数）を水と一緒に飲ませる
- 5) その他、飲ませ方や注意事項などがありましたら記入して下さい。