**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）○○の症状がみられたら、○○（薬名）○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。