

「臨時」 服薬依頼書

県立つくば特別支援学校長 殿

部門 学部 年 組

児童生徒名

保護者氏名

上記児童生徒の服薬について、下記のとおり実施して下さるよう依頼いたします。
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、薬の説明書又はお薬手帳のコピーを提出しています。
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。

日 付	病 名	薬名	服薬時間	飲ませ方	保護者サイン	与薬者サイン
例 4月11日 ～13日	風 邪	原則2週間以内です。2週間を超える場合は「服薬依頼書」にて申請してください。	昼食後	水に溶かして飲ませてください。		
例 5月10日 ～14日	結膜炎		昼食後	右目に1滴、点眼してください。		
例 2月15日 ～28日	アレルギー	○○○○○	「第○類」と表記のある市販薬（内服薬や点眼、軟膏など）の使用はできませんのでご承知おきください。			

※こちらの書類は、[学校ホームページ](#)→（右タブ）保健関係書類→服薬関係からダウンロードできます。