

京都府立井手やまぶき支援学校長 様

臨時服薬依頼書

学部・学年・組 部 年 組

児童生徒氏名

主治医の指示により、学校で薬を服用することについて、下記のとおり依頼します。なお、この服薬依頼書による薬の使用については、保護者が責任を持ちます。

記

病名または 症状		薬の名前	量	服薬時間 (いつ)	保管 方法	服薬方法 (飲ませ方)	その他注意事項 (副作用や、薬の使用期限、病院受診の基準等)
記入 例	アレルギー性 鼻炎	アレロック	1mg 1錠	昼食後	常温	少量の水に溶いて 口に入れる。	服用後、〇〇の症状が出たら、 病院を受診させる。
服薬期間		年 月 日～ 年 月 日まで					
受診日 医療機関名 医師名		受診日： 年 月 日 医療機関名： 医師名：					
緊急時連絡先 (優先順に記入 してください)			氏名		続柄	連絡先	
		①				() -	
		②				() -	

《お願い》
*薬には、必ずそれぞれに、「薬使用の日付・学部・学年・組・名前(フルネーム)」を記入してください。
*薬はその日に必要な量のみをその都度持参してください。
*点眼薬、点鼻薬、軟膏等の外用薬は、使用する期間に応じて、必要な量を、持参してください。

④「薬についての説明書」のコピーを添付してください。