

服薬依頼書（長期用・臨時用）

令和 年 月 日

茨城県立協和特別支援学校長 殿

部 年 組

氏名

保護者氏名 印

（保護者氏名が署名の場合は押印不要）

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。

Ⅰ 登校時に必要とされる薬の内容と処方

病名	服薬期間	病院名・受診科	飲ませ方の注意
（記入例） 結膜炎	R8.4.6～R8.4.21	明野眼科医院・眼科	右目に1滴。錠剤は、てんかんの薬と一緒に水で飲ませる。
てんかん	通年	下館大学附属病院 小児科	錠剤は水と一緒に飲ませる。粉は水にとかす。
アトピー性皮膚炎	R8.4.6～R8.4.21	協和クリニック 皮膚科	昼休みに肘の裏に塗る。

*服薬後に嘔吐してしまった場合 対応が必要な方は御記入ください。また、予備も持たせてください。

【服薬後、 分以内に嘔吐したら予備を飲ませる】

目安の数字を記入してください。

Ⅱ 服薬にあたっての注意

- ① 年度当初、または必要が生じた際に御提出ください。
- ② 薬局で出された、薬の内容、方法などが詳しく記載されたもの「薬剤情報提供書」等のコピーを添付してください。
- ③ 薬は、児童生徒名を明記した上で、毎日1回ずつに分けて持たせてください。
（薬液の場合は、空の容器に1回分を入れて持たせてください。）
- ④ 目薬・塗り薬など分包できない場合は、容器ごとお預かりします。
- ⑤ 年度途中で服薬状況等に変更がありましたら、速やかにお知らせください。