

県立水戸飯富特別支援学校長 殿

服薬依頼書（宿泊を伴う行事の場合）

下記により、学校で薬を服薬することを必要としますので、服薬を依頼します。

保護者氏名 _____ 印

部	年 組	氏名					
依頼期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日						
病名(症状)							
医療機関 主治医名	医療機関名			主治医名			
				処方された日 年 月 日			
薬の 種類・服 薬方法	内服薬		薬名	量 (1回分)	服薬時間 (例 朝食後、夕食後、就寝前など)	服薬方法 (例 水で飲む、水にといて、〇〇にまぜて)	
		水薬		ml			
				ml			
				ml			
		粉薬		包			
				包			
				包			
				包			
				包			
		錠剤		錠			
				錠			
				錠			
		その他					
	外用薬	塗り薬	薬名	塗る部位		時間	
			使用方法				
		目薬	薬名	点眼する眼 両眼・右眼・左眼		時間	
			使用方法				
		その他	薬名	使用方法			時間
		留意点					

*学校では医師の処方による薬のみお預かりします。酔い止め・生理痛の市販薬については個別にご相談ください。
*「薬剤情報提供書」または「お薬手帳」等、薬の内容について詳しく書かれたものを添付してください。
(コピーしてお返しします。)
*薬は、氏名を明記したうえで、1回分ずつに分けて持たせてください。また、予備は1日分持たせてください。