

令和 年 月 日

富山県立高岡支援学校長 様

服薬管理等の実施依頼書

下記について補助・管理して下さるようお願いします。

記

依頼内容	実施時間	薬名・量・何の薬か・飲ませ方・注意等
<p>() 内服薬 () 点眼薬 () 軟膏等塗布 () その他</p> <p>()</p> <p>※該当する内容に○をつけてください。</p>		
依頼期間 令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで		・ 寄宿舍 ・ 通常日課 ・ 宿泊学習、修学旅行 ・ その他 ()

小学部・中学部・高等部 年

児童生徒氏名

依頼者氏名

備考

※原則市販薬の補助・管理は行うことができません。

※この用紙と共に、薬の説明書を付けて提出してください。説明書は学校でコピーしてお返しします。

※学校では医師の処方指示に基づいて服薬の補助を行うため、同一の薬であっても新たに処方された場合は薬の説明書の提出をお願いします。

※学期が変わっても依頼の継続を希望される場合は、新たにこの用紙を提出してください。