

(様式1)

令和 年 月 日

「日常的に服用する薬」の依頼書

沼津聴覚特別支援学校長 様

「日常的に服用する薬」について下記のように依頼いたします。

記

幼・小・中・高 _____年 _____組 幼児児童生徒氏名 _____

保護者氏名 _____

処方した医療機関・医師名

処方日	薬品名 使用目的	形状	1回の 使用量	服薬時間	留意点 保存方法 副作用など
記入例 4/8	△△△ 抗てんかん 薬	錠剤	1錠	昼食後	水で飲む 常温保存 眠くなります

*薬剤情報提供書、薬の説明書等がありましたら、裏面に添付し提出してください。

*処方などの変更がありましたら、担任に連絡をしてください。