

(様式2)

令和 年 月 日

「一定期間に服用する薬」の依頼書

沼津聴覚特別支援学校長 様

「一定期間に服用する薬」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

服用期間

\_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日 ~ \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_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】△△△ 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提出してください。

\*薬には記名をし、その日の分（寄宿舍は1週間分）だけ持たせてください。