

(様式1)

令和 年 月 日

「日常的・一定期間に服用する薬」の依頼書

沼津特別支援学校長 様

「日常的・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

小 ・ 中 ・ 高 \_\_\_\_\_年 児童生徒氏名 \_\_\_\_\_

保護者氏名 \_\_\_\_\_

処方した医療機関・医師名

期 間	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
6/10 ～15	〇〇〇 風邪薬	顆粒	1袋	昼食後	水で飲む 目まいやふらつきが時々 起こることがあります

\*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、担任に連絡をください。

担任確認	養護教諭確認