

(別紙2)

年 月 日

日立市立日立特別支援学校長 殿

保護者 氏名 \_\_\_\_\_ 印

## 臨時の服薬依頼書

臨時の服薬について、下記の通り実施して下さるよう依頼いたします。

記

1 児童生徒名 \_\_\_\_\_ 部 年 組 \_\_\_\_\_

2 期 間 \_\_\_\_\_ 年 月 日 ~ \_\_\_\_\_ 年 月 日

3 処方された日 \_\_\_\_\_ 年 月 日

4 病 院 名 \_\_\_\_\_

5 薬の内容と飲ませ方

服薬時間	病名	薬の種類と量	飲ませ方
記入例 給食後	記入例 歯痛	記入例 錠剤（ロキソニン）1錠	記入例 コップ1杯の水で

飲ませる目安を詳しく記入してください。

- ◇ 薬の内容、方法など詳しく記載された「薬剤情報提供書」などを添付してください
- ◇ 薬には、児童・生徒名を明記した上で、毎日1回分ずつに分けて持たせてください。

(保護者→担任→主事→保健室)