

服薬依頼書

令和 年 月 日

茨城県立水戸聾学校長 様

部 年 組 氏名

保護者名 (自署)

下記の薬を使用する必要があるため、学校において使用の介助をお願いいたします。
なお、この薬の使用については、保護者が責任を持ちます。

| | |
|-----------|---------------------------|
| 服薬期間 | 令和 年 月 日() ~ 令和 年 月 日() |
| 症状(複数記入可) | |

* 服薬内容が変更になった場合は、再度提出してください。

| 内服薬名 | 量 | 薬の種類 | 服薬の タイミング | 時間 | 使用方法 注意事項 | 医療機関名 |
|---------------------|--------|--------------------|-----------------------|----------------|--------------------------|-------------|
| (例)ムコサール ドライシロップ | 1 包 | 粉薬 錠剤 水薬 他() | 朝 昼 夕 就寝前 頓服 他() | 食前 食後 他(時) | (例)そのまま、水にと いて、〇〇に混ぜて | 〇〇 クリニック |
| | | 粉薬 錠剤 水薬 他() | 朝 昼 夕 就寝前 頓服 他() | 食前 食後 他(時) | | |
| | | 粉薬 錠剤 水薬 他() | 朝 昼 夕 就寝前 頓服 他() | 食前 食後 他(時) | | |
| | | 粉薬 錠剤 水薬 他() | 朝 昼 夕 就寝前 頓服 他() | 食前 食後 他(時) | | |
| | | 粉薬 錠剤 水薬 他() | 朝 昼 夕 就寝前 頓服 他() | 食前 食後 他(時) | | |
| | | 粉薬 錠剤 水薬 他() | 朝 昼 夕 就寝前 頓服 他() | 食前 食後 他(時) | | |
| 外用薬名 | 量 | 薬の種類 | 使用部位 | 使用時間 | 使用方法 注意事項 | 医療機関 |
| (例)リンデロン 軟膏 | | 目薬 塗り薬 貼り薬 他() | 両目 右目 左目 部位(右ひじ内側) | 朝 昼 夕 他() | (例)赤みのある所 に塗る | 〇〇病院 |
| | | 目薬 塗り薬 貼り薬 他() | 両目 右目 左目 部位() | 朝 昼 夕 他() | | |
| | | 目薬 塗り薬 貼り薬 他() | 両目 右目 左目 部位() | 朝 昼 夕 他() | | |
| | | 目薬 塗り薬 貼り薬 他() | 両目 右目 左目 部位() | 朝 昼 夕 他() | | |
| | | 目薬 塗り薬 貼り薬 他() | 両目 右目 左目 部位() | 朝 昼 夕 他() | | |

* 症状がある時だけ使用する薬(頓服薬)は、使用の際に保護者へ連絡いたします。また、頓服薬の中にはお預かりできないものがあります。ご了承ください。裏面に服薬情報提供書のコピーを添付してください。