

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)		
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()		

【頓服薬(症状がある時だけ使用する薬)についてお聞きします】

使用するにあたり、保護者への連絡をいたします。どちらかに○をつけてください。

* 事前連絡希望で連絡が繋がらなかった場合、事後になる場合もあることをご了承ください。

事前連絡 ・ 事後連絡 (連絡帳 ・ 電話 ・ メール ・ その他)

* 裏面に服薬情報提供書のコピーを添付してください。