服 薬 依 頼 書

令和　　　年　　　月　　　日

茨城県立水戸聾学校長　様

　　　　　あああ　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、○○に混ぜて | ○○  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　） | 朝 昼 夕 他（　　　　） | 赤みのある所に塗る | ○○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（　　　　） |  |  |

\*　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。