

吉川高等特別支援学校長 様

薬に関する依頼書 (定期薬・臨時薬用)

令和 年 月 日

保護者氏名 (自署) _____

依頼対象者 _____ 年 組 氏名 _____

あてはまる項目にチェックしてください。

- 学校において薬を使用しますが、預かり・使用の介助は必要ありません。
- 薬は生徒本人が所持しますが、使用の介助をお願いします。
- 学校で薬を預かり、使用の介助をお願いします。

診断名 又は症状		
使用期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで	
薬名	1回量	使用時間
		・食前 ・食後 ・その他 ()
		・食前 ・食後 ・その他 ()
		・食前 ・食後 ・その他 ()
		・食前 ・食後 ・その他 ()
		・食前 ・食後 ・その他 ()
使用にあたっての 注意事項		
医療機関・医師名	電話 ()	

※定期薬：抗喘息薬、向精神薬等、年間を通して毎日使用する薬

臨時薬：かぜ薬等、短期間で一時的に使用する薬

※薬を預ける場合は、1日分ずつご提出ください。

※薬の説明書のコピーを添付してください。

※薬の内容、量が変更になった場合は学級担任へご連絡ください。