

寄宿舎生用 服薬依頼書（短期・長期・大規模災害時）

令和 年 月 日

茨城県立水戸特別支援学校 殿

下記の通り、服薬が必要と医師の指示がありましたので、保護者に代わって服薬(使用)していただきたく、ご依頼申し上げます。

保護者氏名 印

小 ・ 中 ・ 高等 部		年	組	児童生徒氏名	
病名（症状）					
医療機関名				主治医名	
受 診 日	年	月	日	処方された日	年 月 日（ 日分）
服薬依頼期間	年	月	日	～	年 月 日

薬の種類・服薬方法	内服薬		薬名・量（錠・包）		服薬時間	服薬方法 介助する部分など詳しく
		朝			食前 食後 その他（ 時 分頃）	
		昼	(学校含む)		食前 食後 その他（ 時 分頃）	
		夜			食前 食後 その他（ 時 分頃）	
		就床前			食前 食後 その他（ 時 分頃）	
		その他（ ）			食前 食後 その他（ 時 分頃）	
		外用薬		使用部位	薬 名	使用時間
	皮膚に塗る薬					
	点 眼 点鼻薬		右・ 左 ・両方			
	その他					
	留意点					

※年度当初、または必要が生じた場合に寄宿舎と学校にご提出ください。（コピー可）
※薬局で出される「薬の説明書」または「お薬手帳」等、薬の内容について詳しく書かれたものを添付してください。
※薬は氏名を明記したうえで、1回分ずつ袋に入れ、1週間分（災害時用は3日分）もしくは必要分を持たせてください。
※災害時用はシロップ等の水薬は粉薬で処方してもらうなど常温保存できる状態でお預かりします。また、湿気に弱い薬は乾燥剤等を袋やタッパーに入れる等保管できるようにしてください。