短期　服薬依頼書(学校用)

茨城県立水戸特別支援学校　殿

小・中・高　　年　　組　児童生徒氏名

期間	診断名	薬名	薬の種類	時間	服薬方法・留意事項	保護者サイン	担当者サイン
(例) 5/8～5/11	風邪	ムコダイン	粉薬１包	昼食後	少量の水に溶いて飲ませる。	水戸	
	結膜炎	タリビッド	目薬	10:30 頃	両眼に１滴ずつさす。		

※学校では医師の処方による薬のみお預かりします。
※服薬が１週間以上続く場合は別紙「長期服薬依頼書」に記入していただきますようお願いいたします。
※薬局で出される「薬剤情報提供書」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。（コピーして保健室でお預かりします。）
※薬は氏名を明記した上で、毎日１回分ずつ持たせてください。(目薬や塗り薬など、分包できない場合はそのまま持たせてください。)
※用紙が足りないときには保健室までお申し出ください。