

# 長期 服薬依頼書(学校用)

年 月 日

茨城県立水戸特別支援学校 殿

下記の通り、学校での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 | 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 |
| 服薬依頼期間    | 年 | 月    | 日      | ～ 年 月 日まで    |

| 薬の種類・服薬方法 | 内服薬 |            | 薬 名・量 (錠・包) |    | 服薬時間                | 服薬方法<br>(介助する部分など詳しく) |
|-----------|-----|------------|-------------|----|---------------------|-----------------------|
|           |     | 昼          |             |    | 食前 食後<br>その他( 時 分頃) |                       |
|           |     | その他<br>( ) |             |    | 食前 食後<br>その他( 時 分頃) |                       |
|           | 外用薬 |            | 使用部位        | 薬名 | 使用時間                | 使用方法                  |
|           |     | 皮膚に<br>塗る薬 |             |    |                     |                       |
|           |     | 点眼・<br>点鼻薬 | 右 ・ 左<br>両方 |    |                     |                       |
|           |     | その他        |             |    |                     |                       |
|           | 留意点 |            |             |    |                     |                       |

- ※年度当初、または必要が生じた際にご提出ください。
- ※薬局で出される「薬剤情報提供書」や「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。)
- ※災害時用、寄宿舎生、寄宿舎体験、宿泊を伴う行事の際には、別様式で提出していただきます。
- ※医療的ケア(注入)での服薬の場合には別紙投薬カードにもご記入ください。
- ※年度途中で服薬状況に変更がありましたら、その都度お知らせください。