

| | | | |
|--------|-----|---------|-------------|
| 回 覧 | 部主事 | 担任（受理日） | 養護教諭（運用開始日） |
| | | （ / ） | （ / ） |

服薬依頼書

令和 年 月 日

長崎大学教育学部附属特別支援学校長様

部 年 児童生徒氏名

保護者氏名

緊急連絡先

医師の指示により、下記の薬を学校活動中に使用する必要があります。つきましては、依頼書のとおり服薬支援をお願いします。なお、この薬の使用については保護者が責任をもちます。

1. 依頼理由（へチェックをお願いします）
 - 下校後の服用が難しい（主治医または担当薬剤師に相談済み）
 - 服用時間に保護者が来校できない
2. 短期的、一時的に使用する薬（かぜなど）の場合の確認事項（へチェックをお願いします）
 - 主治医に登校が可能であることを確認した
3. 児童生徒の状況と依頼内容（記入または該当箇所へ○をつけてください）

| 診断名または症状 | | | | |
|----------|---------------|--|--------------------------------------|------|
| 医療機関名 | | | | |
| 使用期間 | 年 月 日 ~ 年 月 日 | | | |
| 薬の名前 | 服薬量 | 服薬時間 | 保管方法 | 服薬方法 |
| | | ・給食前 ・給食後 ・その他 () | ・常温 ・冷蔵 ・その他 () | |
| | | ・給食前 ・給食後 ・その他 () | ・常温 ・冷蔵 ・その他 () | |
| | | ・給食前 ・給食後 ・その他 () | ・常温 ・冷蔵 ・その他 () | |

※薬の説明書（コピー可）と1回分の薬（服用日時と氏名を記入）を添えて提出してください。

服薬確認表

| | | | | | |
|-----|-----|-----|-----|-----|-----------|
| / | / | / | / | / | 学校からの連絡事項 |
| 実施者 | 実施者 | 実施者 | 実施者 | 実施者 | |

| | | | | | |
|-----|-----|-----|-----|-----|-----------|
| / | / | / | / | / | 学校からの連絡事項 |
| 実施者 | 実施者 | 実施者 | 実施者 | 実施者 | |

| | | | | | |
|-----|-----|-----|-----|-----|-----------|
| / | / | / | / | / | 学校からの連絡事項 |
| 実施者 | 実施者 | 実施者 | 実施者 | 実施者 | |

| | | | | | |
|-----|-----|-----|-----|-----|-----------|
| / | / | / | / | / | 学校からの連絡事項 |
| 実施者 | 実施者 | 実施者 | 実施者 | 実施者 | |

| | | | | | |
|-----|-----|-----|-----|-----|-----------|
| / | / | / | / | / | 学校からの連絡事項 |
| 実施者 | 実施者 | 実施者 | 実施者 | 実施者 | |

| | | | | | |
|-----|-----|-----|-----|-----|-----------|
| / | / | / | / | / | 学校からの連絡事項 |
| 実施者 | 実施者 | 実施者 | 実施者 | 実施者 | |

| | | | | | |
|-----|-----|-----|-----|-----|-----------|
| / | / | / | / | / | 学校からの連絡事項 |
| 実施者 | 実施者 | 実施者 | 実施者 | 実施者 | |