

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	