

服薬依頼書

令和 年 月 日

山梨県立やまびこ支援学校長殿

部 児童生徒氏名 保護者氏名 印

いずれかに○をしてください。

- ・短期間用 (かぜや花粉症など) ・長期間用 (昼食後内服など、毎日学校で服用) ・寄宿舍用

《服薬についてのお願い》

1. 医師が処方した薬にかぎります。
2. 医薬品は当日服用する薬のみにし、薬の小袋や容器に名前を書いてください。

次のとおり、服薬の介助・確認を依頼いたします。

服薬期間：令和 年 月 日 ~ 年 月 日まで
処方した医療機関名 TEL
病名または症状
保管方法 常温 冷蔵庫 その他 ()

医薬品名 (例：ハイレニン)	1 回 の 量 (例：〇mg、 1	時間 (例：夕食後)	効能・副作用 (例：けいれん予防・ねむくなる)

服薬方法 (例：ごく少量の水で溶き、スプーンで飲む)

* 薬局から発行される薬剤情報提供書がある場合はそのコピーの添付でかまいません。