年　　月　　日

富山県立富山視覚総合支援学校長様

市販薬の携行許可願

学部・学年

幼児児童生徒氏名

保護者氏名　　　　　　　　　　　　　　　印

本人が自己管理しますので、学校に市販薬を携行することについて許可をお願いします。

**【学校用】**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 服薬等内容 | 実施時間 | 薬品名・携行する量など |
| ※該当するものに○を付けてください。 |  |
| （　）内服薬（　）点眼薬（　）点鼻薬（　）吸入薬（　）塗り薬（　）栄養剤（　）その他〔　　　　　　〕 | （　）昼食前（　）昼食後（　）その他〔　　　　　　　〕 |
| 依頼期間：　　　年　　　月　　　日（　　　）～　　　年　　　月　　　日（　　　）まで |

**【寄宿舎用】**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 服薬等内容 | 実施時間 | 薬品名・携行する量など |
| ※該当するものに○を付けてください。 |  |
| （　）内服薬（　）点眼薬（　）点鼻薬（　）吸入薬（　）塗り薬（　）栄養剤（　）その他〔　　　　　　〕 | （　）朝食前（　）朝食後（　）夕食前（　）夕食後（　）就寝前（　）その他〔　　　　　　　〕 |
| 依頼期間：　　　年　　　月　　　日（　　　）～　　　年　　　月　　　日（　　　）まで |

|  |
| --- |
| 注意事項＊学校では、市販薬の服薬支援はできませんので、自己管理が難しい場合、本人が市販薬を携行することはご遠慮ください。 |