年　　月　　日

富山県立富山視覚総合支援学校長様

健康管理のための服薬等実施依頼書

学部・学年

幼児児童生徒氏名

保護者氏名　　　　　　　　　　　　　　　印

医師の診察をうけたところ、服薬等の指示がありましたので、学校での与薬をお願いします。

**【学校用】**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 服薬等内容 | 実施時間 | 薬品名・量・飲ませ方・注意点など |
| ※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・量・飲ませ方・注意点など |
| ※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＊提出時には、医師から処方された薬の説明書（コピー可）を付けてください。服薬内容や薬量な　ど変更になったときは、その都度提出してください。＊飲み間違いを防ぐため、薬は1回分ずつ分包し、氏名・服薬日時（月日・昼食後・就寝前等）を記入し提出してください。 |