　　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。 |