

(様式1)

令和 4 年度 服薬介助実施依頼書(定期・臨時薬用)

沖縄県立沖縄高等特別支援学校
学 校 長 殿

県立沖縄高等特別支援学校 年 組 室 生徒氏名 _____ は、

_____ の為、

令和 年 月 日～令和 年 月 日まで服薬の必要があります。薬の内容については、

説明書を添えて、寄宿舎の担当者 (_____) へ提出しますので医師の指

示通り、学校での服薬預かりをお願いします。

服薬方法

服用方法	服用時間		薬品名・1回量
	朝	食前 ・ 食後	
	昼	食前 ・ 食後	
	夕	食前 ・ 食後	
	寝る前	(_____) 時	
	その他	(_____) の時	
備考	服薬時の注意事項 (副作用や飲ませ方等)		

※医療機関(調剤薬局)からの「薬の説明書」(原則病院の処方薬に限る)を添付して下さい。

令和 年 月 日

寄宿舎へ提出

保護者署名 _____

上記の保護者の依頼に基づき校内での実施を承認します。

校長	教頭	養護教諭

(様式1)

令和4年度服薬介助実施依頼書(定期・臨時薬用)

記入例

沖縄県立沖縄高等特別支援学校
 学校長 殿

県立沖縄高等特別支援学校 1年 2組 12室 生徒氏名 沖繩 太郎 は、

てんかん、アレルギー性鼻炎、カゼ、緊張型頭痛、喘息 の為、

令和4年4月7日～令和4年6月22日まで、服薬の必要があります。薬の内容については、説明書を

添えて、寄宿舎の担当者（山川、山田）へ提出しますので医師の指示通り、学校での服薬

預かりをお願いします。

薬名・何錠（何滴・プッシュ）・いつ使用かを記載してください。

服薬方法

服用方法	服用時間		薬品名・1回量
	朝	食前・ 食後	デパケン 100mg 1錠 アレグラ 60mg 1錠 セフカベンピボキシル塩酸塩 100mg 1錠 ノイチーム錠 90mg 1錠
昼	食前・ 食後	セフカベンピボキシル塩酸塩 100mg 1錠 ノイチーム錠 90mg 1錠	
夕	食前・ 食後	朝と同様	
寝る前	(22) 時	両鼻に、 アラミスト点鼻液 27.5μg56噴霧用 1回	
その他	(入浴後) の時	ロコイドクリーム(塗布薬)患部に塗る	
備考	服薬時の注意事項（副作用や飲ませ方等）		

点鼻薬・点眼薬・軟膏のある場合も記載

※医療機関(調剤薬局)からの薬の説明書のコピー(原則病院の処方薬に限る)を添付して下さい。

令和4年 4月 7日

万が一、薬の種類や量の変更があった場合は、改めて依頼書の書き換え、提出をお願いします。

保護者署名を記入

保護者署名 沖繩 太一

上記の保護者の依頼に基づき校内での実施を承認します。

校長	教頭	養護教諭