

令和 4 年度 服薬介助実施依頼書 (通学者用)

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 生徒氏名 _____
薬の内容については、医師の指示通り、学校での服薬預かりをお願いします。

服薬介助について、当てはまる項目にチェック(レ点)をお願いします。

- 冷所保管など保管条件がある薬のため、登校後担任の先生へ薬を預けます。
- 薬の保管条件はないが、担任の先生が薬を保管し、服用時間に介助をお願いします。
- 薬は生徒本人が所持しますが、服用時間に担任の先生から声かけをお願いします。

診断名・病名		(例) 風邪	
服用方法	使用期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日	
	服用時間	昼	給食前 ・ 給食後
		その他	() の時
薬品名 (1回量)	(例) カロナール 1錠		
備考	服用時の注意事項 (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

担任へ提出

保護者署名 _____

校長	教頭	養護教諭	担任

令和4年度服薬介助実施依頼書(通学者用)

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 3年1組 生徒氏名 沖縄 太郎
薬の内容については、医師の指示通り、学校での服薬預かりをお願いします。

服薬介助について、当てはまる項目にチェック(し点)をお願いします。

- 冷所保管など特別な保管方法が必要な薬は、保護者(または生徒本人)に預けます。
 - 薬の保管方法が不明な場合は、保護者(または生徒本人)に確認をお願いします。
 - 薬は生徒本人が服用します。
- 服薬介助について、当てはまる項目にチェック(し点)をお願いします

診断名・病名		風邪	
服用方法	使用期間	令和4年10月24日 ~ 令和4年10月28日	
	服用時間	昼	給食前 ・ 給食後
		その他	() の時
薬品名 (1回量)	カロナール 1錠		
備考	服用時の注意事項(副作用や飲ませ方、薬の保管方法等)		

※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4年10月24日

担任へ提出

保護者署名 沖縄 太一

校長	教頭	養護教諭	担任