

保護者記入用紙（様式1）

令和 6 年度 服薬介助実施依頼書(定時・臨時薬用)

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、

(診断名・症状など) \_\_\_\_\_ の為

令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日まで医師の指示により服薬の必要があります。

下記のとおり、家庭での服薬指導を行った上で、学校での服薬介助を依頼します。

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	検査や受診の結果（医師から言われたこと）・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（コピー）」を添付して下さい。

令和 年 月 日

保護者署名 \_\_\_\_\_

寄宿舍へ提出

校長	教頭	養護教諭

保護者記入用紙（様式1）

令和 6 年度 服薬介助実施依頼書(定時・臨時薬用)

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 1組 11室 生徒氏名 沖高特 太郎 は、

(診断名・症状など) てんかん 風邪 喘息 緊張型頭痛 の為

令和 6年 4月 7日～令和 6年 5月 7日まで

薬名・何錠(何滴・プッシュ)・いつ使用かを記載してください。

のとおり、家庭での服薬指導を行った上で、学校での服

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 セフカペ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	セフカペ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 首・腕・かゆみ・赤みのある部分に塗る	
備考	検査や受診の結果（医師から言われたこと）・服薬時の注意事項（副作用や飲ませ方等） <div style="border: 2px solid black; padding: 5px; text-align: center;">                         検査結果や受診時に医師から言われたことなどがあれば、                          服薬時の注意事項と合わせて記入する                     </div>		

点鼻薬・点眼薬・軟膏も記載

※ 医療機関（調剤薬局）からの「薬の説明書（コピー）」を添付して下さい。

保護者署名を記入

令和 6年 4月 7日

寄宿舎へ提出

保護者署名 沖高特 花子

◎記入漏れ・薬の説明書（コピー）がないなどの不備があった場合、学校での服薬ができません。（保護者対応となります）

◎薬の種類や量の変更があった場合は、再提出をお願いします

校長	教頭	養護教諭