

(様式1)

平成29年度 服薬介助実施依頼書

沖縄県立沖縄高等特別支援学校
学 校 長 殿

() 学校_____年 生徒氏名_____は、
_____の為、

平成29年 8月2日 ~ 平成29年 8月8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、寄宿舍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	
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)からの薬の説明書のコピー(原則病院の処方薬に限る)を添付して下さい。

※体験入舎時は、「解熱薬」は預かれません。

平成29年 8月 日

保護者氏名_____印

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)

平成〇〇年度 服薬介助実施依頼書



沖縄県立沖縄高等特別支援学校
学校長 殿

() 学校_____年 生徒氏名_____は、

の為、

平成〇〇年 〇月〇日 ~ 平成〇〇年 〇月〇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(滴、プッシュ)を記入してください。

服薬方法

	服用時間	薬品名・1回量
服用方法	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 (頭痛 喘息発作) の時	→ カロナール 200mg 2錠 → サルタノール 100μg 2プッシュ吸入

点鼻薬・点眼薬・軟膏のある場合も記載

備考 服薬時の注意事項(副作用や飲ませ方等)

※とんぷく薬(症状がある時のみ使用する薬)がある場合「主治医の意見書」の提出(屯服薬の指示)も必要です。ただし、解熱薬は医師の処方であっても預かることができません。発熱がある場合、保護者と帰省になります。

※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。

※体験入舎時は、「解熱薬」は預かれません。

**※薬の種類や量の変更があった場合
当日、依頼書を書き換えてもらいます。**

平成〇〇年 〇月 〇日

保護者氏名記入・押印

保護者氏名 _____ 沖縄 太郎

沖縄

校長	教頭	養護教諭

上記の保護者の依頼に基づき旅行中の実施を承認します。