

(様式1)

令和 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、

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」はお預かりすることができません。ご了承下さい。

令和元年 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