

〈書式5〉

平成 年 月 日

千葉県立印旛特別支援学校長 様

保護者氏名

印

腹痛や風邪等で一時的に服薬が必要な人の臨時服薬依頼書

部 年 児童生徒氏名

下記のとおり、医師より処方された薬の服薬をお願いします。

記

1 薬を処方した医療機関名

2 病名

3 依頼期間 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日

3 薬品名及び服薬方法

服薬時間 (例:食後)	薬の名前 (例:デパケン)	色・形態 (白・粉末)	量 (1包)	方法 (その他は具体的に記入)
				<ul style="list-style-type: none">自分で服用する口に入れてあげるその他

- 学校では、医療機関で処方された薬のみお預かりします。
- 届け出の用紙がなくなりそうになりましたら、担任までお知らせください。
- 届け用紙が間に合わない場合は、連絡帳に服薬届けに準じた内容を記入してください。
- この用紙は、薬の変更がなければ5日間有効です。
- 薬は、この届け出用紙と一緒に一回分ずつ持たせてください。

学校職員チェック欄

月/日	/	/	/	/	/
確認者印					