

(様式1)

服薬指導・介助実施依頼書

沖縄県立島尻特別支援学校
学 校 長 殿

県立島尻特別支援学校 幼 小 中 高 _____年 氏名_____は、

_____の為、

平成 _____年 _____月 _____日～平成 _____年 _____月 _____日まで薬を飲む必要があります。内服する薬の内容に

ついては、説明書を添えて担任または寄宿舎の担当者（ _____ ）へ提出

しますので医師の指示通り、学校での与薬管理をお願いします。

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（コピー可）を添付してください。

平成 _____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	