

愛知県立にしお特別支援学校長 殿

令和 年 月 日
EN

year grade
部・学年 _____ 部 年

※新年度の部・学年を記入してください。

studentALUNO
児童生徒氏名 _____

RESPONSIBLE
保護者氏名 _____

服薬補助依頼書（常用薬）

Medication Administration Form (for regulatory medications)

在校時に薬（常用薬）の服用が必要ですので、下記のとおり薬の服用が適切に行われるよう、補助をお願いします。なお、薬の処方に変更があった場合は、遅滞なく連絡します。

It is necessary to take medication (regular medication) while attending school. In addition, if there is a change in the prescription of the medicine, we will contact the school immediately.

1 薬を処方した医療機関及び医師名

Name of the medical institution and name of the physician who prescribed the medication.

2 薬品（使用目的、薬品名、形状）

Details about the medicine (reason for use, name of the medicine, etc.)

※ 薬局等からの「薬の説明書」を添付する場合は、記入は不要。

If you are going to send the medication instructions, it will not be necessary to write.

3 服用時刻 Time to take medicine

4 配慮事項（服用方法など） Details and precautions (how to take the medicine, etc.)