

連絡帳等に貼って1年間御使用ください。

令和 年 月 日

愛知県立にしお特別支援学校長 殿

EN

部・^{grade}学年 _____ 部 年 _____

^{student name}児童生徒氏名 _____

^{responsible name}保護者氏名 _____

※新年度の部・学年を記入してください。

服薬補助依頼書（臨時薬）

Medication Administration Form (temporary medicine)

医師より下記のとおり薬の服用等の指示がありましたので、本日、在校時に適切に薬の服用等が行われるよう、補助をお願いします。

The following medications were instructed by the doctor.

We ask the school administration so that the student can take the medication correctly.

4/11~4/13のように補助期間が数日間にわたる場合は期間をお書きください。 Period

・風邪薬→Medication for flu ・胃腸薬→digestive medicine ・目薬→eye drop ・その他→Other.

投与月日 Date	投与時刻 Time	薬品種類 Medicine	投与量 Quantity	投与方法 How to take	保護者サイン Parents signature	備考 Other
例 EX: 4月11日	13時15分 給食後頃	風邪薬 胃腸薬・目薬 その他()	1袋	水に混ぜて	西尾	4/11~4/13
Example 4月11日	13時15分 After lunch	風邪薬 胃腸薬・目薬 その他()	1 bag	Mix with water		4/11~4/13
月 日	時 分	風邪薬・胃腸薬・目薬 その他()				
月 日	時 分	風邪薬・胃腸薬・目薬 その他()				
月 日	時 分	風邪薬・胃腸薬・目薬 その他()				
月 日	時 分	風邪薬・胃腸薬・目薬 その他()				
月 日	時 分	風邪薬・胃腸薬・目薬 その他()				
月 日	時 分	風邪薬・胃腸薬・目薬 その他()				
月 日	時 分	風邪薬・胃腸薬・目薬 その他()				

※ 市販薬は対象となりません。 Only medicines prescribed by the doctor can be administered.

※ 薬の説明書がありましたら添付してください。 If you have a prescription, please attach it.

※ 年間を通して使用しますので連絡帳に貼る等して御使用ください。 We will use this form during this year. Paste in the contact book