

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

SP

NIVEL Grado
部・学年 _____ 部 _____ 年 _____

NOMBRE D O ALUMNO
児童生徒氏名 _____

NOMBRE DORESPONSABLE
保護者氏名 _____

※新年度の部・学年を記入してください。Escriba el año y la serie del nuevo año escolar.

服薬補助依頼書（臨時薬）

Formulario de Administración de Medicamentos (medicina temporal)

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。

Los siguientes medicamentos fueron indicados por el médico.

Pedimos apoyo para que el estudiante pueda tomar correctamente el medicamento. .

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。
Favor escriba lo periodo.

・風邪薬→Remedio contra la gripe. ・胃腸薬→Medicina estomacal. ・目薬→Gotas para los ojos ・その他→Otros.

投与月日 Data	投与時刻 Hora	薬品種類 Tipo de medicamento	投与量 Cantidad	投与方法 Cómo tomar	保護者サイン Assinatura de padres	備考 Otros
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
Exemplo 4月11日	13時15分 Despues de almuerzo	風邪薬 胃腸薬・目薬 その他()	1 sobre	mezclar con agua		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。Solo se pueden administrar medicamentos prescritos por el médico.

※ 薬の説明書がありましたら添付してください。Si tiene una receta, por favor adjúntela.

※ 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。Utilizamos este formulario durante ese año. Pegar en el cuaderno de recado.