

愛知県立にしお特別支援学校長 殿

令和 年 月 日  
SP

NIVEL GRADO  
部・学年 \_\_\_\_\_ 部 年

※新年度の部・学年を記入してください。Write the year and series of the new school year.

NOMBRE D O ALUMNO  
児童生徒氏名 \_\_\_\_\_

NOMBRE DORESPONSABEL  
保護者氏名 \_\_\_\_\_

### 服薬補助依頼書（常用薬）

Formulario de administración de medicamentos (para medicamentos reglamentarios)

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。

Es necesario tomar medicación (medicación regular) durante lo periodo que frequenta la escuela.

Además, si hay un cambio en la prescripción del medicamento, nos comunicaremos inmediatamente.

1 薬を処方した医療機関及び医師名

Nombre de la institución médica y nombre del médico que recetó el medicamento.

2 薬品（使用目的、薬品名、形状）

Detalles sobre el medicamento (motivo de uso, nombre del medicamento, 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。

Si va a enviar las instrucciones del medicamento, no será necesario escribir.

3 服用時刻 Hora de tomar medicamentos

4 配慮事項（服用方法など） Detalles y precauciones (cómo tomar el medicamento, etc.)