

愛知県立にしお特別支援学校長 殿

令和 年 月 日
EN

year 部 grade 学年 _____ 部 年 _____

※新年度の部・学年を記入してください。

student's name
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、マーカーペンで線を引く。

If you are sending medication instructions, please highlight the medications that your child will be taking at school.

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.)