

令和 年 月 日

愛知県立にしお特別支援学校長 殿

部・学年 \_\_\_\_\_ 部 年 \_\_\_\_\_

※新年度の部・学年を記入してください。

児童生徒氏名 \_\_\_\_\_

保護者氏名 \_\_\_\_\_

### 服薬補助依頼書（常用薬）

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。

記

1 薬を処方した医療機関及び医師名

2 薬品（使用目的、薬品名、形状）

※薬局等からの「薬の説明書」を添付していただいても構いません。その場合は、在校時に服薬補助が必要な薬品にマーカーペン等で線を引き、明示してください。

3 服用時刻

4 配慮事項（服用方法など）

令和 年 月 日

愛知県立にしお特別支援学校長 殿

部・学年 部 年

※新年度の部・学年を記入してください。

児童生徒氏名

保護者氏名

## 服薬補助依頼書（常用薬）

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。

### 記

1 薬を処方した医療機関及び医師名

2 薬品（使用目的、薬品名、形状）

※薬局等からの「薬の説明書」を添付していただいても構いません。その場合は、在校時に服薬補助が必要な薬品にマーカーペン等で線を引き、明示してください。

3 服用時刻

4 配慮事項（服用方法など）