

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）

書類提出時及び初回服薬時に保護者から担任へ十分引き継ぎを行ってください。

提出先：担任→保健室