

沖縄県立はなさき支援学校長 殿

## 服薬介助依頼書

－ 定期薬（毎日必要な与薬）－

1 学年・氏名 \_\_\_\_\_ 部 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 組 \_\_\_\_\_ 氏名 \_\_\_\_\_

2 服薬介助を依頼する期間

令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 から 令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 まで

3 薬について（1包ごとに記入して下さい。）

\* 市販薬不可

診断名	薬の名前	色/形	1回量	服用する時間
①		色： 形：		給食前・給食後 その他 〔 〕
②		色： 形：		給食前・給食後 その他 〔 〕
③		色： 形：		給食前・給食後 その他 〔 〕
④		色： 形：		給食前・給食後 その他 〔 〕
注意すること （服用方法・ 保存方法等）	記入例：①は水に溶いてスプーンで飲ませる。冷所保存。			

\* 薬の説明書（コピー）を添付してください。

日常的な服薬介助を、上記の通り関係職員に依頼します。

令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

保護者氏名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_