

令和 年 月 日

愛知県立豊橋特別支援学校長 殿

部 年 組 氏名

保護者氏名

医薬品使用の介助依頼書（常用薬）

医師の指示により、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、介助をお願いします。

記

- 1 薬を処方した医療機関及び医師名

- 2 薬品名

- 3 服用時間

- 4 服用方法などの配慮事項（水 or ゼリー or 食事に混ぜてなど）

※薬の説明書またはお薬手帳の写しを添付してください。

※医薬品の処方に変更があった場合は、遅滞なく連絡してください。

令和 年 月 日

愛知県立豊橋特別支援学校長 殿

部 年 組 氏名

保護者氏名

医薬品使用の介助依頼書（臨時薬）

医師より下記のとおり薬の服用等の指示がありましたので、本日、在校時に適切に薬の服用等が行われるよう、介助をお願いします。

記

服用期間	服用時間	服用目的	薬品名	用量	服用方法
例 ○月○日 ～○月○日	・○時○分頃 ・昼食前 ・昼食後	・風邪 ・下痢 ・目のかゆみ など		・1袋 ・1錠	水に混ぜて など

※薬の説明書またはお薬手帳の写しを添付してください。