

服薬支援実施依頼書（定時薬・臨時薬）

令和 年 月 日

富山県立富山総合支援学校長殿

学部・学年 _____

児童生徒氏名 _____

保護者氏名 _____

医師から服薬の指示がありましたので、学校での服薬支援をお願いします。

実 施 依 頼							
依頼期間	令和 年 月 日 () から 月 日 () まで						
服薬時刻	昼食前 ・ 昼食後 ・ その他 ()						
薬の内容	内服 ・ 点眼 ・ 塗り薬 ・ その他 ()						
	薬 名 ()						
	1回量 ()						
飲ませ方 投与方法	()						
服 薬 支 援 実 施 者							
実 施 記 録 表							
実施日	実施時間	実施者	備考	実施日	実施時間	実施者	備考
実 施 確 認 欄							
上記の実施を確認しました。							
月 日 ()		保護者氏名 _____					

- ※ 学校での服薬支援は、医師から処方された薬のみです。
- ※ この用紙を提出時に、薬の説明書（お薬手帳も可）をつけて出してください。説明書は学校でコピーしてお返しします。