服薬支援実施依頼書（定時薬・臨時薬）　医ケア(注入)

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　朝食後・夕食後・おやつの後・就寝前・その他（　　）

薬の内容　内服　・　その他（　　）

薬　名（　　）

１回量（　　）

飲ませ方
投与方法（　　）

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

医療的ケア実施表参照

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。