**様式１**

毎日昼食前後に飲む薬/風邪薬/食物アレルギー等緊急時の薬　用

※あてはまるものに〇をつけてください。

**服薬依頼書**

令和 　年 　月　 日

県立北茨城特別支援学校長　殿

**学校生活の中で**服薬を必要としますので、下記のとおり依頼します。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　保護者氏名

**【受診情報】**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 部 | 年　　組 | 氏　名 | |
| 医療機関名 |  | 主治医 |  |
| 病　名（症状） |  | 受診日 | 令和　　年　　月　　日 |
| **依頼期間** | **令和　　　年　　　月　　　日　　　～　　　令和　　　年　　　月　　　日** | | |

**【薬の種類・服薬方法】**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **薬の名前**  （粉薬・錠剤・水薬） | | **量（１回分**）  （包・錠・ml）  **１** | **服薬時間** | **服薬方法**  (例：少量の水に溶いて、服薬後に確認） | **飲み方** |
| **内　　　服薬** | 例　粉薬・錠剤・水薬  　 酸化ﾏｸﾞﾈｼｳﾑ錠300mg | | 包  　　　　　錠  ml | 昼食前・昼食後  その他（　：　） | 薬を袋から出して水と一緒に渡すと自分で飲みます。 | 自 分  ・  教 員 |
| 粉薬・錠剤・水薬 | | 包  　　　　　錠  ml | 昼食前・昼食後  その他（　：　） |  | 自 分  ・  教 員 |
| 粉薬・錠剤・水薬 | | 包  　　　　　錠  ml | 昼食前・昼食後  その他（　：　） |  | 自 分  ・  教 員 |
| 粉薬・錠剤・水薬 | | 包  　　　　　錠  ml | 昼食前・昼食後  その他（　：　） |  | 自 分  ・  教 員 |
| 粉薬・錠剤・水薬 | | 包  　　　　　錠  ml | 昼食前・昼食後  その他（　：　） |  | 自 分  ・  教 員 |
| **外用薬** | **（塗り薬）** | | **時間** | | **使用方法** | 自 分  ・  教 員 |
| **部位** | |
| **（目薬）** | | **時間** | | **使用方法** | 自 分  ・  教 員 |
| **点眼する目　（両目・右目・左目）** | |
| **（その他の薬）** | |  |  |  | 自 分  ・  教 員 |
| **留意点** | |  | | | | |

**【お願い】**

①薬局で出される「薬剤情報提供書」等、薬の内容について詳しく書かれたもののコピーをこの裏に添付してください。

②年度当初、または、必要が生じた時に提出してください。

③年度途中で服薬状況（内容や量）に変更がありましたら、その都度、提出してください。

④風邪薬・毎日昼食前後に飲む薬は、毎日１回分ずつ持たせてください。塗り薬・目薬など、分包できない薬は、そのまま持たせてください。

⑤食物アレルギー等の緊急時用の服薬は、保健室で保管いたします。

|  |  |
| --- | --- |
| **受領日（学級担任記入）** | **令和　　年　　月　　日** |

**【即日回覧】　学級担任　→　保健室　→　学部主事　→　管理職　→　保健室**

**裏面へ**

**裏面**

「薬剤情報提供書」又は「お薬手帳のコピー」を貼り付けてください。

|  |
| --- |
| こちらに、貼り付けてください。 |