

# 服薬等の依頼書

令和 年 月 日

富山県立しらとり支援学校長 様

学部・学年・級・組

部

年

級・組

児童生徒氏名

保護者氏名

健康管理のために下記の行為を実施して下さるようお願いいたします。  
 ※薬ごとにご記入ください。(1包化されている薬については、まとめてご記入ください。)

薬品名・用量	実施時間	服用の仕方・注意点	依頼期間
	<input type="checkbox"/> 昼食前 <input type="checkbox"/> 昼食後 <input type="checkbox"/> その他 ( )		月 日( ) ~ 月 日( )
	<input type="checkbox"/> 昼食前 <input type="checkbox"/> 昼食後 <input type="checkbox"/> その他 ( )		月 日( ) ~ 月 日( )
	<input type="checkbox"/> 昼食前 <input type="checkbox"/> 昼食後 <input type="checkbox"/> その他 ( )		月 日( ) ~ 月 日( )
	<input type="checkbox"/> 昼食前 <input type="checkbox"/> 昼食後 <input type="checkbox"/> その他 ( )		月 日( ) ~ 月 日( )
	<input type="checkbox"/> 昼食前 <input type="checkbox"/> 昼食後 <input type="checkbox"/> その他 ( )		月 日( ) ~ 月 日( )

**注意事項**

- \* 提出時には、医師から処方された薬の説明書(コピー可)を付けてください。
- \* 薬は1回分ずつ分包の上、氏名・服薬日時を記入し、提出してください。

記入例

## 服薬等の依頼書

令和 年 月 日

富山県立しらとり支援学校長 様

学部・学年・級・組

部

年

級・組

児童生徒氏名

保護者氏名

健康管理のために下記の行為を実施して下さるようお願いします。  
 ※薬ごとにご記入ください。(1包化されている薬については、まとめてご記入ください。)

薬品名・用量	実施時間	服用の仕方・注意点	依頼期間
・ワイドシリン細粒20% } ・カルボシステイン錠500mg } 1回1包	<input type="checkbox"/> 昼食前 <input checked="" type="checkbox"/> 昼食後 <input type="checkbox"/> その他 ( )	・水に混ぜて飲ませる。 ・1人で飲むことができる。	4月8日(○) ~ 5月15日(○)
・リンデロンVGローション	<input type="checkbox"/> 昼食前 <input checked="" type="checkbox"/> 昼食後 <input type="checkbox"/> その他 ( )	・左下腿のけが部分に塗布する。	4月8日(○) ~ 4月16日(○)
・フルメロン点眼液0.1% 両眼に1回1滴	<input type="checkbox"/> 昼食前 <input type="checkbox"/> 昼食後 <input checked="" type="checkbox"/> その他 ( 14時 )	・点眼薬は、右→左の順番。	4月8日(○) ~ 5月8日(○)
	<input type="checkbox"/> 昼食前 <input type="checkbox"/> 昼食後 <input type="checkbox"/> その他 ( )		月 日( ) ~ 月 日( )
	<input type="checkbox"/> 昼食前 <input type="checkbox"/> 昼食後 <input type="checkbox"/> その他 ( )		月 日( ) ~ 月 日( )

## 注意事項

- \* 提出時には、医師から処方された薬の説明書(コピー可)を付けてください。
- \* 薬は1回分ずつ分包の上、氏名・服薬日時を記入し、提出してください。