

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
	<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。