

様式 2

## 臨時服薬依頼書

平成 年 月 日

千葉県立千葉特別支援学校長 様

部 年 組 児童生徒氏名

保護者氏名 印

学校での服薬が必要ですので、下記のとおり実施して下さるよう依頼します。

期 間	平成 年 月 日～平成 年 月 日
病 院 名	
薬の名前（何の薬か）	
時 間	給食前 給食後 その他（ ）
飲ませ方など	口に入れ水で飲ませる 水に溶かす 自分で飲む（確認のみ） その他（ ）

### ※注意事項

- ・ 病院で処方された薬のみお預かりします。
- ・ 薬は毎日 1 回分ずつをまとめて持たせてください。（ぬり薬や点眼薬はその限りではありません）
- ・ 薬の袋、各薬には必ず名前を記入してください。