

【寄一様式1】

寄宿舍

平成 年 月 日
日常生活における服薬届け及び服薬補助の依頼書

千葉県立桜が丘特別支援学校長 様

部 年 生徒氏名

保護者 氏名 印

寄宿舍生活において、下記のとおり薬の持ち込み服薬の補助及び保管をお願い致します。
(服薬補助及び確認が必要でない場合は本人の責任で行います。)

記

医療機関名			服薬期間		
	いつ	何の薬(薬の名前)	種類(形態)	量	
例	食後	抗けいれん剤(デパケン)	白(粉末)	1包	
朝					
昼					
夕					
就寝前					
薬の使用確認及び服薬補助	必要 不要				
服薬の仕方	・自分で飲む ・口に入れてあげる ・その他()				
注意事項(副作用等)					

【確認内容】

- ① 1回ずつの薬を、それぞれの袋に入れた氏名、日付、朝昼夕の区別を明記してください。
- ② 予備の薬として一日分と薬の説明書を添付してください。
- ③ 薬が変わった場合は訂正し、再提出をお願い致します。

寄宿舍使用欄

校長	教頭	教頭	副教務(指導部)	養護教諭	寮務主任	保健係	担当

※服薬届け及び服薬補助の依頼書は寄宿舍で保管します。