

令和 年 月 日

愛知県立春日井高等特別支援学校長殿

保護者氏名

生徒氏名

服薬管理依頼書

下記のとおり在校時に服薬が必要となる場合があります。

つきましては、服薬管理が適切に行われるよう、保健室での薬の管理をお願いします。

なお、服薬内容や方法に変更があった場合は、遅滞なく連絡します。

記

- 1 薬を必要とする疾患名
- 2 服薬が必要となる場合・症状
- 3 薬品名と服薬量
- 4 薬品保管方法
常温 ・ 冷蔵 ・ その他 ()
- 5 服薬にあたって配慮する事柄
- 6 薬を処方した医師名・医療機関名
医師名
医療機関名
電話番号