

記入例

必ず薬剤説明書を添付し担任へご提出ください

令和 7年 2月 5日

山形県立山形聾学校長 殿

保護者氏名 谷柏 花子

服薬補助依頼書

このことについて、下記のとおり、服薬の補助を依頼します。

記

幼児児童生徒学部学年氏名	幼稚 部 氏名 谷柏 太郎
診断名及び医療機関	診断名： かせ 医療機関名：〇〇〇こどもクリニック
薬剤名	① アスベリン散 10% ② カルボシステイン錠 500 mg ③
服薬する時間と量 または 服薬する場合の症状	① 昼食後 1回1包 ② 昼食後 1回1錠 ③
服薬する期間	① 2月 5日～ 2月 10日まで ② 2月 5日～ 2月 10日まで ③ 月 日～ 月 日まで
対処について (学校の対応として 依頼したいこと)	記入例) ア 薬の袋を開けるのを手伝ってください。 本人に渡すと自分で飲めます。 イ 薬の袋を開けて、本人の口に入れるのを手伝ってください。 ウ 服薬の声かけをしてください。
その他 (副作用、注意事項等)	記入例) ア なし。 イ 眠くなる場合があるので、注意してください。

なお、状況に変化があった場合、学校に報告いたします。

必ず薬剤説明書を添付し担任へご提出ください

令和 年 月 日

山形県立山形聾学校長 殿

保護者氏名

服薬補助依頼書

このことについて、下記のとおり、服薬の補助を依頼します。

記

幼児児童生徒学部学年氏名	部 氏名
診断名及び医療機関	診断名： 医療機関名：
薬剤名	① ② ③
服薬する時間と量 または 服薬する場合の症状	① ② ③
服薬する期間	① 月 日～ 月 日まで ② 月 日～ 月 日まで ③ 月 日～ 月 日まで
対処について (学校の対応として 依頼したいこと)	
その他 (副作用、注意事項等)	

なお、状況に変化があった場合、学校に報告いたします。