

*** 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。