

様式1

令和 年 月 日

福島県立平支援学校長 様

内服薬・外用薬届

下記の児童生徒について、保護者に代わり、薬の管理を下記のとおりお願いします。

小学部 ・ 中学部 ・ 高等部 年 組 氏名

保護者氏名

病院名 主治医名

項目	例		記入欄	
薬品名及び量	(1) フェノバル〇〇mg (1包) (2) 白色ワセリン			
理由(病名)	(1) てんかんのため (2) 乾燥肌のため			
期間	令和〇年〇月〇日～〇年〇月〇日		令和 年 月 日 ～ 年 月 日 <small>*通年で必要な場合は、最終日を3月末日としてください。</small>	
時間	(1) 昼食後 (2) 〇時間毎			
服薬の方法 及び注意点 〇をつけてください。	依頼 する	(1) そのまま口の中へ入れ、 水で飲ませてください。	依頼 する	
	自分で できる	(2) 自分で塗ります。	自分で できる	
保管 〇をつけてください。	常温	(1) (2)	常温	
	要保冷		要保冷	
その他				

- 薬の説明書のコピーを一緒にご提出ください。
- 薬は必ずお子様の名前を記入して、当日の朝にその日の分を担当へお渡しください。
(管理面を考え、まとめては預かれません。)