令和　　年　　月　　日

山形県立村山特別支援学校長　殿

学部　　部　　年

児童生徒氏名

保護者氏名

服薬等補助依頼書（内服薬・点眼・外用薬塗布等）

このことについて、つぎのとおり補助を依頼します。

薬の名称	①	②	③
処方された 医療機関・主治医名			
服薬の理由 （例：てんかん発作を予防するためなど）			
服用の時間 （給食前・給食後・このような症状が見られたらなど）			
量（１回量） （１回○mg○錠など）			
薬剤の留意点 （保管方法・水で飲む・服薬の順番・副作用で注意することなど）			
服薬時に 配慮・補助すること （見守り確認・薬を口に入れるなど補助が必要な場合の依頼事項など）			

＜保護者様へ＞

＊薬が複数ある場合には、それぞれの欄にご記入ください。用紙が足りない場合はご連絡ください。

＊薬の内容や量など変更があった場合には、至急、担任にお知らせください。

＊処方薬局で発行される薬の説明書のコピーも提出してください。