**保護者用**〔書式４〕

**臨時（かぜ等）の服薬依頼書**

　　　　年　　　月　　　日

**船橋特別支援学校長**　様

　　年　　組

児童氏名

保護者氏名　　　　　　　　　　　印

　医師より処方された薬の服用（使用）を下記の通り依頼します。

|  |  |
| --- | --- |
| 病院名 |  |
| 診　断　名 |  |
| 薬の名前・量 |  |
| 期　間 | 　　月　　日～　　月　　日まで　昼食前　　昼食後　　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 服用方法等 | ＊自分で飲む。＊口に入れてあげる。＊その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

　依頼書は初日に提出していただき、**薬は毎日1回分ずつ**持たせてください。

**＊服薬期間が終了しましたので書類をお返しします。**

**新しい用紙を添付しますので、次回お使いください。**　　**月　　日　保健室**

**保護者用**〔書式４〕

**臨時（かぜ等）の服薬依頼書**

平成　　　年　　　月　　　日

**船橋特別支援学校長**　様

　　　年　　組

児童氏名

保護者氏名　　　　　　　　　　　印

　医師より処方された薬の服用（使用）を下記の通り依頼します。

|  |  |
| --- | --- |
| 病院名 |  |
| 診断名 |  |
| 薬の名前・量 |  |
| 期　間 | 　　月　　日～　　月　　日まで　昼食前　　昼食後　　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 服用方法等 | ＊自分で飲む。＊口に入れてあげる。＊その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

　依頼書は初日に提出していただき、**薬は毎日1回分ずつ**持たせてください。

**＊服薬期間が終了しましたので書類をお返しします。**

**新しい用紙を添付しますので、次回お使いください。　　　　月　　日　保健室**

〔書式４〕

臨時（かぜ等）の服薬依頼書

　　　　年　　　月　　　日

船橋特別支援学校長　様

中学部・高等部　　年　　組

生徒氏名

保護者氏名　　　　　　　　　　　印

　医師より処方された薬の服用（使用）を下記の通り依頼します。

|  |  |
| --- | --- |
| 病院名 |  |
| 診　断　名 |  |
| 薬の名前 |  |
| 期　間 | 　　月　　日～　　月　　日まで　昼食前　　昼食後　　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 服用方法等 | ＊自分で飲む。＊口に入れてあげる。＊その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

＊服薬期間が終了しましたので書類をお返しします。

新しい用紙を添付しますので次回お使いください。



〔書式４〕

臨時（かぜ等）の服薬依頼書

　　　　年　　　月　　　日

船橋特別支援学校長　様

中学部・高等部　　年　　組

生徒氏名

保護者氏名　　　　　　　　　　　印

　医師より処方された薬の服用（使用）を下記の通り依頼します。

|  |  |
| --- | --- |
| 病院名 |  |
| 診断名 |  |
| 薬の名前 |  |
| 期　間 | 　　月　　日～　　月　　日まで　昼食前　　昼食後　　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 服用方法等 | ＊自分で飲む。＊口に入れてあげる。＊その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

＊服薬期間が終了しましたので書類をお返しします。

新しい用紙を添付しますので次回お使いください。