

様式 1

令和 年 月 日

千葉大学教育学部附属特別支援学校長 様

児童・生徒氏名 _____

保護者氏名 _____ 印

日常の定時薬依頼書

日常の定時薬を必要としますので、学校において下記のとおり服薬を依頼します。

記

1 診断名 _____

2 学校で服用する必要がある薬の内容と量

使用時間	薬名（形状）と量	何の薬か
記入例) 昼食後	記入例) テグレトール(粉末)・1包	記入例) 抗けいれん剤

3 使用上の注意（飲み方等）

4 医療機関名 _____

薬の説明書添付欄