

様式5 宿泊時にご提出ください

平成 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

宿泊を伴う行事における定時薬・臨時薬依頼書

平成 年 月 日 ~ 月 日に実施される [_____] において、
下記のとおり服薬介助を依頼します。

1. 服用する必要がある薬の内容と量及び服用時間

薬名・量・時間	月 日	月 日	月 日	月 日
朝食前 朝食後				
	確認印・サイン	確認印・サイン	確認印・サイン	確認印・サイン
昼食前 昼食後				
	確認印・サイン	確認印・サイン	確認印・サイン	確認印・サイン
夕食前 夕食後				
	確認印・サイン	確認印・サイン	確認印・サイン	確認印・サイン
就寝前				
	確認印・サイン	確認印・サイン	確認印・サイン	確認印・サイン
その他				
	確認印・サイン	確認印・サイン	確認印・サイン	確認印・サイン

2. 服用上の注意（飲み方等）

--

3. 医療機関名

※お薬は、「氏名・日付・薬名・服薬時間」を御記入の上、御持参ください。
予備薬にも、「氏名・薬名・服薬時間・予備」を御記入の上、御持参ください。

氏名〇〇〇〇 □月□日夕食後 デパケンR

様式5 〈記入例〉 宿泊時にご提出ください

平成 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

宿泊を伴う行事における定時薬・臨時薬依頼書

平成30年 6月 5日 ~ 6月 8日に実施される[宿泊学習]において、
下記のとおり服薬介助を依頼します。

1. 服用する必要がある薬の内容と量及び服用時間

薬名・量・時間	6月5日	6月6日	6月7日	6月8日
朝食前 朝食後 セレニカR顆粒 1包		○	○	○
ミヤBM 2錠	確認印・サイン	確認印・サイン	確認印・サイン	確認印・サイン
昼食前 昼食後 ミヤBM 2錠	○	○	○	○
	確認印・サイン	確認印・サイン	確認印・サイン	確認印・サイン
夕食前 夕食後 セレニカR顆粒 1包	○	○	○	
ミヤBM 2錠	確認印・サイン	確認印・サイン	確認印・サイン	確認印・サイン
就寝前 レボトミン 1錠	○	○	○	
	確認印・サイン	確認印・サイン	確認印・サイン	確認印・サイン
その他 入浴後 ヒルドイドローション 外用剤	○	○	○	
	確認印・サイン	確認印・サイン	確認印・サイン	確認印・サイン

2. 服用上の注意 (飲み方等)

内服薬については、口に入れてあげて、水で服用させてください。

外用剤については、入浴後、体を拭いてから、首、手足に塗布してください。

3. 医療機関名 ○○○病院 小児科 ○○Dr.

※お薬は、「氏名・日付・薬名・服薬時間」を御記入の上、御持参ください。

予備薬にも、「氏名・薬名・服薬時間・予備」を御記入の上、御持参ください。

氏名○○○○
□月□日夕食後
デパケンR