

様式5 宿泊時にご提出ください

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

宿泊を伴う行事における定時薬・臨時薬依頼書

令和 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 ※担当確認サイン

薬名・量	時 間	月 日	月 日	月 日	月 日
	前 朝食				
	後	※	※	※	※
	前 昼食				
	後	※	※	※	※
	前 夕食				
	後	※	※	※	※
	就寝前				
		※	※	※	※
	その他 入浴後				
		※	※	※	※

2. 服用上の注意（飲み方等）

3. 医療機関名

※薬は、「氏名・日付・薬名・服薬時間」をご記入の上、ご持参ください。
予備薬にも、「氏名・薬名・服薬時間・予備」をご記入の上、ご持参ください

氏名〇〇〇〇
〇月〇日夕食後
デパケンR

様式5 〈記入例〉 宿泊時にご提出ください

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

宿泊を伴う行事における定時薬・臨時薬依頼書

令和5年 6月7日 ～ 6月 10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 ※担当確認サイン

薬名・量	時間	6月5日	6月6日	6月7日	6月8日
セレニカR顆粒 1包 ミヤBM 2錠	前 朝食		○	○	○
	後	※	※	※	※
ミヤBM 2錠	前 昼食	○	○	○	○
	後	※	※	※	※
セレニカR顆粒 1包 ミヤBM 2錠	前 夕食	○	○	○	
	後	※	※	※	※
レボトミン 1錠	就寝前	○	○	○	
		※	※	※	※
ヒルドイドローション（外用 剤）	その他 入浴後	○	○	○	
		※	※	※	※

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.

※薬は、「氏名・日付・薬名・服薬時間」をご記入の上、ご持参ください。
予備薬にも、「氏名・薬名・服薬時間・予備」をご記入の上、ご持参ください。

氏名○○○○
□月□日夕食後
デパケンR