【様式１】常時服薬

糸魚川市立ひすいの里総合学校長　様

薬(内服薬・外用薬)に関する依頼書

令和　　年　　月　　日

依頼者	**児童生徒 氏名**	（小・中）学部　　年
	保護者 氏名	
医療機関名	糸魚川総合病院　なかむらこどもクリニック 糸魚川こどもクリニック　ひまわり内科　山本医院 富山大学附属病院　長岡療育園 その他（　　）	
病　名･症状		
薬の説明書	あり　・　なし	

薬の名前	時　間	用量	保管場所
	昼食前・昼食後 その他(　　)		・常温　・冷蔵庫 ・その他（　　）
	昼食前・昼食後 その他(　　)		・常温　・冷蔵庫 ・その他（　　）
	昼食前・昼食後 その他(　　)		・常温　・冷蔵庫 ・その他（　　）
	昼食前・昼食後 その他(　　)		・常温　・冷蔵庫 ・その他（　　）

服用方法	※支援が必要な場合は、詳しい内容を記入してください。
その他	※注意事項や全量飲めなかった場合の対応など

※薬の内容や量が変更になった場合は、学級担任までお申し出ください。