令和　　年　　月　　日

いつも飲む薬・外用薬

頓服薬・坐薬など

山形県立新庄養護学校長　殿

**服薬等の補助依頼書（定期薬・非常災害時備蓄薬）**

医師の処方により下記のとおり薬品の使用補助・管理を依頼したいのでよろしくお願いします。

記

**≪依頼内容≫**

例

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **診 断 名** | **薬 　 名** | **服薬の回数****いつ飲むか****（食前･食後等）** | **起床****後** | **朝****食** | **昼****食** | **夕****食** | **入浴後** | **就寝前** | **飲ませ方や注意事項など** |
| かぜ | 葛根湯 | １日３回（ 食前　） |  | １ | １ | １ |  | 個数など |  |
| 鼻炎 | カルボシステインDS | １日３回（ 食後　） |  | １ |  | １ |  |  | 少量の水に溶かして |
| 口内炎 | オルテクサー軟膏 | １日３回（　 食後 ） |  |  | ○ |  |  |  | 歯みがき後　下唇2か所 |
| 不穏時頓服 | リスパダール錠1㎎ | １日３回（まで　　 ）　 |  |  |  |  |  |  | 学校では２回まで１時間あける |
|  |  | １日　回（　　　 ） |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | １日　回（　　　 ） |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | １日　回（　　　 ） |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | １日　回（　 　　） |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | １日　回（　 　　） |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | １日　回（　　　 ） |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | １日　回（　　 　） |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | １日　回（　　 　） |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | １日　回（　　 　） |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | １日　回（　　 　） |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | １日　回（　　 　） |  |  |  |  |  |  |  |
| 　 |  | １日　回（　 　　） |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | １日　回（　 　　） |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | １日　回（　 　　） |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | １日　回（　 　　） |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | １日　回（　 　　） |  |  |  |  |  |  |  |

病院名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　主治医氏名

（小・中・高）　　年　　児童生徒氏名

保護者氏名　　 　　 　　　　　　　 　印