様式①

備蓄	応急	日常

小	中	高

服　薬　等　補　助　依　頼　書

山形県立楯岡特別支援学校長　殿

児童生徒氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

保護者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

医師の指示により、下記の薬を使用する必要があります。つきましては、学校において下記のとおり使用の確認と補助をお願いします。なお、この薬の使用およびその結果については保護者が責任をもちます。

		令和　　年度（　　年生）	
		１学期記入日	月　　日
		２学期確認日	月　　日
		３学期確認日	月　　日
診断名			
医療機関名			
		薬剤名・数量	服薬の方法
備蓄薬	朝（食前･食後）		
	昼（食前･食後）		
	夕（食前･食後）		
	就寝前		
応急薬（どのような状態のとき使用するか）		（　　）	
日常（定時）の薬		備蓄の（　朝　・　昼　・　夕　）薬 その他（　　）	