

群馬県立前橋高等特別支援学校長 様

服薬に関する連絡

年 組生徒氏名
保護者名 印

学校管理下における服薬・点眼薬・点鼻薬等の本人の使用について、報告いたします。

(1) 受診済みの場合

- ① 病名 ()
② 受診病院名 ()
③ 主治医名 ()
連絡先 ()
受診年月日 年 月 日
④ 薬品名 ()
服用方法 ()
服用期間 ()

(2) 未受診の場合 (市販の薬を使用)

- ① 朝の体温 (°C)
② 症状 ()
③ 薬品名 ()
服用方法 ()
服用期間 ()

※ 学校内での薬の服用は、突発的な病気（風邪、湿疹、ものもらい等）に關してとします。長期使用の場合は「生徒の健康管理に關する調査票」を提出していただきますので申し出て下さい。

※ 服薬は、本人が自分自身で服用できることが条件となります。服薬に關するご相談等ありましたら担任にご連絡ください。

学校使用欄

担任	副担任	学年主任	養護教諭