

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 ()

主治医名 ()

連絡先 ()

受診年月日 年 月 日

③薬品名 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 名 () 服用方法 () 服用期間 ()

学校使用欄

担任 印 → 副担任 印 → 学年主任 印 → 養護教諭

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