

年 月 日

保護者 各位

高岡市立こまどり支援学校  
校長 米 田 一 毅

### 臨時の生活行為（服薬等）の実施依頼について

学校や修学旅行等短期間、臨時の生活行為（服薬など）を希望する場合は、留意事項を参照のうえ、下記の実施依頼を提出願います。

#### <留意事項>

- ・ 家庭において実施している生活行為に限ります。
- ・ 実施依頼期間は1週間以内に限りします。
- ・ 薬の説明書を必ず添付してください。説明書がない場合は受理できません。
- ・ 医療的ケアに該当するものは受理できません。
- ・ 実施終了日に実施記録表（別紙）をお渡ししますので、確認後、学校へ提出ください。

年 月 日

高岡市立こまどり支援学校  
校長 米 田 一 毅 様

### 臨時の生活行為（服薬等）の実施依頼

児童生徒氏名 \_\_\_\_\_

保護者氏名 \_\_\_\_\_

下記の生活行為を実施して下さるようお願いいたします。

記

依頼目的（生活行為の原因となる病名・状態）

依頼する内容（○を付ける）	実施時間	医薬品名・量
<input type="checkbox"/> 服薬		
<input type="checkbox"/> 塗布薬		
<input type="checkbox"/> 点眼薬		
<input type="checkbox"/> 点鼻薬		
<input type="checkbox"/> その他（ ）		
依頼期間	年 月 日 ～ 年 月 日	
注意すること：飲ませ方や副作用等		