〈様式②〉

薬の使用依頼書　(臨時薬)

症状が落ち着き、登校は可能と考えますが、医師（主治医或いはかかりつけ医）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介助をお願いします。
なお、この薬の使用については保護者が責任をもちます。

幼児児童生徒名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

期　間	月　日～　月　日	月　日～　月　日	月　日～　月　日	月　日～　月　日	月　日～　月　日
病　名					
薬　名					
薬の種類	粉薬　錠剤　水薬　塗り薬 目薬 その他（　　）	粉薬　錠剤　水薬　塗り薬 目薬 その他（　　）	粉薬　錠剤　水薬　塗り薬 目薬 その他（　　）	粉薬　錠剤　水薬　塗り薬 目薬 その他（　　）	粉薬　錠剤　水薬　塗り薬 目薬 その他（　　）
量					
時間	食前　食後　他(　　時)	食前　食後　他(　　時)	食前　食後　他(　　時)	食前　食後　他(　　時)	食前　食後　他(　　時)
服薬方法	自己管理・見守り・声かけ・介助	自己管理・見守り・声かけ・介助	自己管理・見守り・声かけ・介助	自己管理・見守り・声かけ・介助	自己管理・見守り・声かけ・介助
使用方法 注意事項					
病院名					
記入日	月　日	月　日	月　日	月　日	月　日
保護者サイン （自署または押印）					

※臨時薬：風邪薬や鼻炎薬、目薬、塗り薬等、短期的にその症状が軽減されるまで使用する薬
※薬の説明書のコピーを添付してください。

学校確認 （サインまたは押印） **※直接手渡し、鍵のかかる所に保管**	担任	保健室	寄宿舎

薬の説明書が添付できない場合はこちらに記入してください。（例）後日持ってきます。
記入欄：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
保護者サイン＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿