

〈様式②〉

投薬依頼書 (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。

平成 年 月 日

(小・中・高)部 年 組 児童生徒名【 _____ 】

保護者名 _____ (自署)

| 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 () |
| 1回服用量 | | | | | |
| 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) |
| 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 | | | | | |

※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。