

〈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				
病 名					
薬 名					
薬の種類	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)				
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。