

## 薬の使用依頼書

臨時薬

通学生用

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持ちます。

太枠内は、ご記入いただくか、または、薬の説明書（処方箋のコピー等）を添付してください。

期間	月 日～ 月 日	月 日～ 月 日	月 日～ 月 日	月 日～ 月 日	月 日～ 月 日
疾患名					
薬名					
薬(の種類 (粉 錠剤 水薬 等))					
個数					
使用時間	食前 食間 食後 ____時 他( )	食前 食間 食後 ____時 他( )	食前 食間 食後 ____時 他( )	食前 食間 食後 ____時 他( )	食前 食間 食後 ____時 他( )
病院名					
使用方法 注意事項					
記入日 保護者サイン	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日

※臨時薬とは：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（その時処方された薬に限り必要期間のみお預かりします）