

〈様式2〉

服薬依頼書（臨時薬）

児童生徒氏名

・医師（主治医またはかかりつけ医）の指示により、下記の薬を服用する必要があります。つきましては、学校において服薬させていただくことをお願いします。

期間	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日
病名					
薬品名					
薬の種類	粉薬・錠剤・水薬・塗り薬	粉薬・錠剤・水薬・塗り薬	粉薬・錠剤・水薬・塗り薬	粉薬・錠剤・水薬・塗り薬	粉薬・錠剤・水薬・塗り薬
量	()錠、()包 その他()	()錠、()包 その他()	()錠、()包 その他()	()錠、()包 その他()	()錠、()包 その他()
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)
使用時の 留意点 飲ませ方					
病院名					
記入日・保護者印	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日
服薬介助者/確認者印					