

〈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。

令和 年 月 日

(小・中・高)部 年 組 児童生徒名【 _____ 】

保護者等氏名 _____ (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。