〈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。

日付		月　日	月　日	月　日	月　日	月　日
病名						
病院名等						
薬品名	粉薬					
	錠剤					
	水薬					
	塗り薬					
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						
保護者等サイン						
服薬介助者 確認者サイン						