

- *できるだけ自宅で服薬できるよう、かかりつけの医師と相談してください。
- *病院から処方された薬に限ります。(市販の薬は不可) なお、解熱剤はお預かりできません。
- *薬は1回分ずつに分け、名前を書いてください。シロップは1回分を容器に入れ持参してください
- *この依頼書は使用終了後、ご家庭で保管をお願いします。また用紙が足りない場合は、担任へお伝えください。
- *依頼された薬の使用については保護者の責任となりますので御了解の上、御提出ください。

おくすり依頼書【臨時薬】

No. _____
令和 年 月 日

本依頼書の記載のとおり、在校中の服薬支援を依頼します。

病院名 (医師名)	医師名 ()
--------------	---------

保護者氏名: _____

小・中 年 組 氏名: _____

依頼期間	月 日 ~ 月 日	病名または症状	
与薬時間 (いつ)	何の薬 (薬の名前)	形状・量	使用方法
			そのまま・水と服用・水に溶かす その他 ()
			そのまま・水と服用・水に溶かす その他 ()
			そのまま・水と服用・水に溶かす その他 ()
			そのまま・水と服用・水に溶かす その他 ()
			そのまま・水と服用・水に溶かす その他 ()
			そのまま・水と服用・水に溶かす その他 ()
			そのまま・水と服用・水に溶かす その他 ()
			そのまま・水と服用・水に溶かす その他 ()

<薬局でいただくお薬情報のコピーを添付してください>

★チェック欄（おくすり依頼書）

本依頼書（表面）の記載のとおり、在校中の服薬支援を実施しました。

／	／	／	／	／	学校より連絡事項
実施者	実施者	実施者	実施者	実施者	
／	／	／	／	／	学校より連絡事項
実施者	実施者	実施者	実施者	実施者	
／	／	／	／	／	学校より連絡事項
実施者	実施者	実施者	実施者	実施者	
／	／	／	／	／	学校より連絡事項
実施者	実施者	実施者	実施者	実施者	
／	／	／	／	／	学校より連絡事項
実施者	実施者	実施者	実施者	実施者	
／	／	／	／	／	学校より連絡事項
実施者	実施者	実施者	実施者	実施者	
／	／	／	／	／	学校より連絡事項
実施者	実施者	実施者	実施者	実施者	
／	／	／	／	／	学校より連絡事項
実施者	実施者	実施者	実施者	実施者	
／	／	／	／	／	学校より連絡事項
実施者	実施者	実施者	実施者	実施者	