様式２

臨時薬依頼書

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

【注意事項】

○臨時薬とは、かぜ等で数日間使用するものとします。（塗り薬、目薬等も含む）

○市販薬(薬局等で販売されている薬)はお預かりできません。医師から処方された薬のみです。
必ず受診して医師の指示を仰いでください。

・薬には副作用が伴うため。　・個人の体質や状態に適合するものか定かではないため。

・早めの受診で病気の早期発見・早期治療、悪化の防止を図るため。

○薬剤師から出される「お薬の説明書」の写しを必ず添付してください。原本を御提出頂き、学校でコピーした後、御家庭へ返却することもできます。

○服用後は担任印欄に、担任または服薬をお手伝いした教員が、押印またはサイン致します。

※必ず依頼書とお薬の説明書を添えて、お薬を１回分ずつ分けて、御持参ください。保護者印がない場合は、お電話にて確認させて頂きます。御連絡がとれない場合は、依頼書にそって服薬のお手伝いをさせて頂きますので、御了承ください。

※お薬に関して、万一緊急の事態が発生し、保護者のかたと御連絡がとれない場合は、状態によっては依頼書に御記入頂いている主治医へ御指示を仰ぐこともございますので、御了承ください。

月日	服用時間	薬名	形状･量	注意事項	医療機関名	保護者印	確認印	
(例) 4/15	(記入例) 昼食後	(記入例) ムコダイン 去痰剤	(記入例) 粉末 １包	(記入例) 水に溶いて 飲む。	(記入例) ○○病院 △△科			

臨時薬依頼書

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

月 日	服用時間	薬名	形状･量	注意事項	医療機関名	保護者印	確認印	