様式２

臨時薬依頼書

児童・生徒氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

【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「薬の説明書」の写しを必ず添付してください。原本をご提出頂き、学校でコピーした後、ご家庭へ返却することもできます。

○服用後は、担任または担当した教員が、確認印欄に押印またはサインいたします。

※必ず依頼書と薬の説明書を添えて、薬を１回分ずつ分けて、ご持参ください。
保護者印がない場合は、電話にて確認させていただきます。ご連絡がとれない場合は、依頼書にそって服薬の介助をいたしますので、ご了承ください。

※薬に関して、万一緊急の事態が発生し、保護者の方とご連絡がとれない場合は、状態によっては、依頼書にご記入いただいている主治医へご指示を仰ぐこともありますので、ご了承ください。

<薬袋の記名方法>

附属太郎 ４月１１日 ｶﾙﾎﾞｼｽﾃｲﾝ 昼食後

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

児童・生徒氏名

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
(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) 〇〇病院 △△科		