

茨城県立下妻特別支援学校長 殿

学部・学年 \_\_\_\_\_ 部 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_

児童生徒氏名 \_\_\_\_\_

保護者氏名 \_\_\_\_\_ (自署)

## 臨時薬の依頼書 (臨時に必要となる場合)

学校での服薬が必要であると医師の指示がありましたので、下記のとおり服用 (使用) を依頼します。

## 記

期 間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日							
症 状	かぜ・皮膚の異常・その他 ( )							
薬 品 名	朝							
	昼							
	夜							
	その他 (就寝前等)							
服用 (使用) 時間 及び 薬の形態・用量	朝 (食前・食後)		昼 (食前・食後)		夜 (食前・食後)		その他 (時間 )	
	水 薬 ml	水 薬 ml	水 薬 ml	水 薬 ml	水 薬 ml	水 薬 ml	水 薬 ml	
	粉 薬 包	粉 薬 包	粉 薬 包	粉 薬 包	粉 薬 包	粉 薬 包	粉 薬 包	
	錠 剤 錠	錠 剤 錠	錠 剤 錠	錠 剤 錠	錠 剤 錠	錠 剤 錠	錠 剤 錠	
	その他	その他	その他	その他	その他	その他	その他	
服用 (使用) 方法								
服用 (使用) 時の注意事項								
処 方 日 及び 病院・医師名	処 方 日 令和 年 月 日		病院・医師名		病院		医師	
その他留意事項等								

※今回診断された病気・けがにおいて、児童生徒本人が医師より処方された薬を原則といたします。

※依頼書は、薬と併せて提出してください。

※依頼書には、「薬剤情報提供書」のコピーや薬袋等、薬の内容が詳しく書かれた書類を添付してください。

※薬は、週末までに必要な分を持参してください。

※症状が悪化する可能性がある場合や他の児童生徒への感染が心配される場合は、家庭での療養をお願いいたします。