臨時投薬依頼書（様式２）

学校生活において、以下の処方薬についての投薬を依頼します。

記入日　令和　　年　　月　　日

依頼者	児童生徒氏名		（小・中・高） 年　　組
	保護者氏名		
医療機関	病院名・医院名		
	医師名		
何の薬か	かぜ・下痢・嘔吐・塗り薬・その他（　　）		
投薬期間	月　　日（　　）　～　　月　　日（　　）		
いつ	給食前　・　給食後　・　その他（　　）		
どのように	水と一緒に飲む・水に溶かして飲む・その他（　　）		

＊薬剤説明書のコピーを裏面に貼付してください。
＊薬はその日に服用する分のみを持たせてください。
＊記入漏れや薬剤説明書のコピーがない場合は、投薬できかねますので、御承知おきください。

投薬確認

＊学校での投薬後、担任が投薬確認サインを記入しますので、保護者の方のサインの記入をお願いします。

投薬日	投薬確認 サイン	保護者 サイン	投薬日	投薬確認 サイン	保護者 サイン
／			／		
／			／		
／			／		
／			／		
／			／		

＊投薬終了後この用紙は保健室で保管し、新しい用紙をお渡しします。