

臨時投薬依頼書（様式2）

Formulário de pedido para tomar remédio temporariamente (formato 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。Peço através deste que seja dado o remédio abaixo prescrito por um médico.

記入日 Data de preenchimento 令和 reiwa 年 ano 月 mês 日 dia

依頼者 Pessoa que está pedindo	児童生徒氏名 Nome do aluno		(小 Prim. • 中 Gin. • 高 Col.) 年 ano 組 turma
	保護者氏名 Nome do responsável		
医療機関 Instituição médica	病院名・医院名 Nome da clínica ou hospital		
	医師名 Nome do médico		
何の薬か Para que é o remédio	かぜ・下痢・嘔吐・塗り薬・その他 () Gripe • Diarréia • Vômito • Pomada • Outros ()		
投薬期間 Período de uso do remédio	月 日 () ~ 月 日 () Do Mês dia () até o mês dia ()		
いつ Dar quando?	給食前 • 給食後 • その他 () Antes de almoçar • Após o almoço • Outro ()		
どのように Como dar?	水と一緒に飲む・水に溶かして飲む・その他 () Tomar junto com água • Diluir o remédio na água e tomar • Outros ()		

* 薬剤説明書のコピーを裏面に貼付してください。Favor anexar uma cópia do explicativo do remédio no verso.

* 薬はその日に服用する分のみを持たせてください。Favor trazer para a escola somente a quantidade de remédio que irá tomar no dia.

* 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。Favor ficar ciente de que caso falte escrever algo ou não tenha a cópia do explicativo do remédio, não será possível dar o remédio para o aluno na escola.

投薬確認 Confirmação sobre o uso do remédio

* 学校での投薬後、担任が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。 Após dar o remédio na escola, o professor irá assinar. Pedimos que o responsável do aluno também assine.

日付 Data	投薬確認サイン Assinatura de confirmação da aplicação	保護者サイン Assinatura do responsável	日付 Data	投薬確認サイン Assinatura de confirmação da aplicação	保護者サイン Assinatura do responsável
/			/		
/			/		
/			/		
/			/		
/			/		

* 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。

Após terminar o período de dar o remédio, vamos guardar esta folha na enfermaria e será entregue uma nova folha como esta.

薬剤説明書のコピーをここに貼付してください

Favor colar aqui uma cópia do explicativo do remédio