

臨時与薬依頼書

静岡県立浜北特別支援学校長 様

学校生活において、下記のとおり与薬を依頼します。

(小・中・高) 年 組 名前

保護者氏名

	記入例	記入日	令和	年	月	日
薬の使用期間	〇月〇日～〇月〇日					
処方した医療機関名・医師名	〇〇病院 〇〇医師					
処方された日	〇月〇日					
何のための薬か	咳止め					
薬名	〇〇					
量	1錠					
時間	昼食前・ 昼食後 その他 ()	昼食前・昼食後 その他 ()			昼食前・昼食後 その他 ()	
使用方法 注意事項	水と一緒に飲む 眠くなることがあります					

《お願い》与薬に関する事故を未然に防ぐため、下記について御協力をお願いします。

- ① 薬局でいただく「薬の説明書」(お薬手帳も可)のコピーを御提出ください。
- ② 学校で与薬できるのは原則として医師の処方に基づいた薬のみです。
- ③ 薬は当日に服用する分のみ持たせてください。

※臨時薬とは、風邪薬や鼻炎薬、目薬、塗り薬など短期的にその症状が軽減されるまで使用する薬のことです。

担任確認サイン	保健室確認日

保護者→担任→原本を保健室、コピーを担任