

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		
投薬期間	月 日 () ~ 月 日 ()	
いつ	給食前 ・ 給食後 ・ 食前食後以外の時間 ()	
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、御家庭で保管してください。

薬剤説明書のコピーをここに貼付してください