

愛知県立小牧特別支援学校長 殿

部・学年 _____部_____年_____組

児童生徒氏名 _____

保護者氏名 _____

医薬品の保管・介助依頼書（臨時薬）

症状は落ち着き、登校は可能ですが、医師（主治医あるいはかかりつけ医）の指示により、以下の薬を使用する必要があります。つきましては、学校において以下のとおり使用の介助をお願いします。なお、薬が変更になった場合は、直ちに連絡いたします。

※臨時薬：短期的に（1週間程度）症状が軽減されるまで使用する薬

目的					
依頼日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日

薬名	量	薬の種類	使用時間	使用方法
		粉薬 錠剤 水薬 その他（ ）	食前 食後 その他（ ）	そのまま 水に溶く その他（ ）
		粉薬 錠剤 水薬 その他（ ）	食前 食後 その他（ ）	そのまま 水に溶く その他（ ）
		粉薬 錠剤 水薬 その他（ ）	食前 食後 その他（ ）	そのまま 水に溶く その他（ ）
使用にあたっての 注意事項 ※できるだけ詳しく 記入してください。				
医療機関・医師名				

※薬品名及び使用時の留意点について、不明な点は医師にたずねて正確に記入してください。

※薬の説明書（コピー可）を添付してください。

※この「医薬品の保管・介助依頼書（臨時薬）」【薬様式2】は、依頼期間中連絡帳で保管してください。依頼期間を終えたら、学校で保管します。

※新しい「医薬品の保管・介助依頼書（臨時薬）」【薬様式2】は、保健室で配布します。必要に応じて、担任に申し出てください。また、本校HPからもダウンロードできます。

受 付	
担任	養教