

〈様式②〉

薬の使用依頼書（臨時薬）

症状が落ち着き、登校は可能と考えますが、医師（主治医或いはかかりつけ医）の指示により、下記の薬を使用する必要があります。
つきましては、学校において下記のとおり使用の介助をお願いします。
なお、この薬の使用については保護者が責任を持ちます。

| 期 間 | 月 日～ 月 日 | 月 日～ 月 日 | 月 日～ 月 日 | 月 日～ 月 日 | 月 日～ 月 日 |
|--------------|---------------------------|---------------------------|---------------------------|---------------------------|---------------------------|
| 病 名 | | | | | |
| 薬 名 | | | | | |
| 薬の種類 | 粉薬 錠剤 水薬 塗り薬 目薬 その他（ ） | 粉薬 錠剤 水薬 塗り薬 目薬 その他（ ） | 粉薬 錠剤 水薬 塗り薬 目薬 その他（ ） | 粉薬 錠剤 水薬 塗り薬 目薬 その他（ ） | 粉薬 錠剤 水薬 塗り薬 目薬 その他（ ） |
| 量 | | | | | |
| 時間 | 食前 食後 他(時) | 食前 食後 他(時) | 食前 食後 他(時) | 食前 食後 他(時) | 食前 食後 他(時) |
| 使用方法 注意事項 | | | | | |
| 病院名 | | | | | |
| 記入日 | 月 日 | 月 日 | 月 日 | 月 日 | 月 日 |
| 保護者サイン | | | | | |

※臨時薬：風邪薬や鼻炎薬、目薬、塗り薬等、短期的にその症状が軽減されるまで使用する薬

※薬の説明書のコピーを添付してください。