

臨時薬(期間が短期間で一時的に使用する薬)

白百合学園小学校長 殿

医薬品依頼書

年 組 番 氏名

医師の指示により学校生活時間内に服薬等が必要ですので、下記の通りお願いいたします。

診断名	
処方 of 医療機関名・ 主治医	
その他連絡事項	

処方薬	記入例	①	②	③
薬剤名	〇〇〇			
用量	1回2錠			
服薬時間	<input type="checkbox"/> 食前 <input checked="" type="checkbox"/> 食後 <input type="checkbox"/> 他( )	<input type="checkbox"/> 食前 <input type="checkbox"/> 食後 <input type="checkbox"/> 他( )	<input type="checkbox"/> 食前 <input type="checkbox"/> 食後 <input type="checkbox"/> 他( )	<input type="checkbox"/> 食前 <input type="checkbox"/> 食後 <input type="checkbox"/> 他( )
服薬期間	年 月 日から 年 月 日まで その他( )			

以下、□にチェックをしてからご提出ください。

- 学校で使用する薬は、医療用医薬品に限ります。
- 別紙「学校における薬の取り扱いについて」の内容を確認及び了承しました。
- 与薬の責任は保護者とします。
- 学校における日常の取り組み及び緊急時の対応に活用するため、本表に記載された内容を教職員で共有することに同意します。

依頼日 年 月 日

保護者氏名

印

緊急連絡先 (間柄)

保護者⇒担任⇒保健室