

薬の使用依頼書（臨時薬）

【表】

（宛先）

埼玉県立騎西特別支援学校長
（北本分校）

医師の診察を受けたところ服薬の指示がありましたので、学校での薬の使用の介助をお願いします。
（裏面の「臨時薬の使用依頼について」をご確認ください）

令和 年 月 日

年 組 生徒氏名

保護者氏名



受診日	令和 年 月 日	病院名 医師名		
病名 (または症状)				
与薬期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日まで			
内服薬	形状	薬品名	量	時間
	粉・錠・液・他 ()	()		食前・食後・() 時
	粉・錠・液・他 ()	()		食前・食後・() 時
	粉・錠・液・他 ()	()		食前・食後・() 時
外用薬	種類	薬品名	部位	回数・時間
	軟膏/クリーム	()	()	
	点眼薬	()	右・左・両眼	
	点鼻薬	()	右・左・両鼻腔	
	点耳薬	()	右・左・両耳	
保管方法	常温・冷蔵庫・その他 ()			
その他注意事項	使用方法、使用にあたって注意することがあればお知らせください。			

病院や薬局で出される「薬の説明書」のコピーを添付してください。

学 校	服薬日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日
	確認者 サイン						

＜服薬確認＞ 保護者サイン _____

* 最終日の服薬を御家庭で確認しましたら、服薬確認欄にサインをして学校へお返してください。

臨時薬の使用依頼について

【裏】

- 臨時薬：症状が落ち着き、登校は可能だが、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
- ご家庭で一度も服用したことのない処方薬や市販の薬は、対応できません。
- 内服薬は1回分のみお預かりします。
- 複数の錠剤等がある場合には、1回分を小袋にまとめて袋の表に名前を記入してください。
- 紛失や事故を防ぐために容器や薬包にも名前を記入してください。
- 服薬した際には空き袋を返却します。
- 病院や薬局で出される「薬の説明書」のコピーを添付してください。