

## ♪臨時薬与薬依頼書の使い方♪

臨時的（風邪や花粉症など期間が限定されて処方されるもの）に服薬が必要になった時に御家庭で記入をし、学校へ提出してください。薬の内容、服薬期間・服薬時間等を保健室にて確認をして返却いたします。

学校で安全に服薬ができるよう、御理解と御協力をお願いいたします。

- ☆ 医師が処方した薬のみを扱います（内服薬・外用薬共に）。
- ☆ その日に服用する分のみを持ってきてください。
- ☆ 薬の説明書と一緒に提出してください。
- ☆ 服薬等の時間を明記してください。教員が症状に応じて服薬の可否を判断することはできません。
- ☆ 薬の内容や飲ませ方などについて、電話などで確認をさせていただくことがあります。

この用紙は1年間使用いたしますので、なくさないようお願いいたします。

## 臨時薬与薬依頼書

A • B \_\_\_\_\_ 部  
分 教 室  
氏名 \_\_\_\_\_

服薬期間	例) 4月9日～4月13日	月 日～ 月 日	月 日～ 月 日	月 日～ 月 日				
診断名(服薬理由)	例) 花粉症のため							
医療機関名	○○耳鼻咽喉科							
薬名・量	△△ 1包 ◆◆ 1包							
服薬時間・方法 (具体的な時間を記入する)	例) 昼食後に本人に渡して ください。							
保管方法・ その他配慮事項	例) 水によく溶いて飲ませる	保護者サイン  	保護者サイン  	保護者サイン  	保護者サイン  	保護者サイン  		
確認欄	担任  例) 4/9 佐藤	保健室  例) 4/9 保健室	担任  	保健室  	担任  	保健室  	担任  	保健室  

服薬期間	月 日～ 月 日	月 日～ 月 日	月 日～ 月 日	月 日～ 月 日				
診断名(服薬理由)								
医療機関名								
薬名・量								
服薬時間・方法 (具体的な時間を記入する)								
保管方法・ その他配慮事項		保護者サイン  	保護者サイン  	保護者サイン  	保護者サイン  	保護者サイン  		
確認欄	担任  	保健室  	担任  	保健室  	担任  	保健室  	担任  	保健室  