

与薬依頼書 (臨時薬)

[一時的に学校で使用する薬について]

令和 年 月 日

沖縄県立大平特別支援学校長 様

小・中・高 年 児童生徒名

保護者氏名 _____ (印)

医師 (主治医あるいはかかりつけ医) 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与薬の介助をお願いします。

例

期 間	5 / 1 4 ~ 5 / 1 8		
病 名	か ぜ		
薬 名	①ムコダイン ②クラリス		
量	1 包		
時間	昼食前 昼食後 他 ()	昼食前 昼食後 他 ()	昼食前 昼食後 他 ()
使用方法 注意事項	・ 少しの水で溶かして、 スプーンで飲ませる。		

※ 臨時薬：風邪薬や鼻炎薬、目薬、塗り薬など、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下さい (学校でコピーもできます)。

学校で与薬の介助ができるのは、説明書に記入されている期間に限ります。

《飲み薬についてのお願い》

与薬に関する事故を未然に防ぐため、下記についてご協力をお願いします。

- ① 薬は、当日分のみ用意して下さい。
- ② 薬には、必ずそれぞれに「日付け・名前」を記入して下さい。