

# 薬の使用依頼書（臨時薬）

( 幼稚・小学・中学 ) 部 \_\_\_\_\_ 年 幼児児童生徒名 \_\_\_\_\_

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通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。

例

日付	4月 15日(月)	月 日( )				
病名	風邪					
薬名	・ムコダイン ・ダーゼン ・カロナール					
薬の種類	粉薬 錠剤 水薬 塗薬 その他( )	粉薬 錠剤 水薬 塗薬 その他( )	粉薬 錠剤 水薬 塗薬 その他( )	粉薬 錠剤 水薬 塗薬 その他( )	粉薬 錠剤 水薬 塗薬 その他( )	粉薬 錠剤 水薬 塗薬 その他( )
量	1包					
時間	食前 食後 他( )	食前 食後 他( )	食前 食後 他( )	食前 食後 他( )	食前 食後 他( )	食前 食後 他( )
使用方法 注意事項	・少量の水で溶かして スプーンで飲む					
病院名	〇〇クリニック					
保護者サイン	印	印	印	印	印	印
介助者サイン						
確認者サイン						

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

※薬の説明書の原本またはコピーを添付してください。