

臨時薬使用依頼書

保護者記入

- 学校にいる時間に一時的に投薬が必要な場合は、必要事項を記入し、薬と一緒に提出してください。
- 可能であれば薬局で渡される薬の説明書のコピーなどを添付してください。

小・中・高____年____組 児童生徒氏名_____

◎学校で対応が必要な期間はどのくらいですか？ 令和 年 月 日() ~ 令和 年 月 日()	
◎薬の名前	◎処方薬の場合 病院名(科) 医師名： 電話番号：
◎いつ服用しますか？ またはどのような症状の時にどこに使用しますか？	
◎1回に服用(使用)する量は？ (○包、○錠…など)	※2回目の服用(使用)が必要な場合は どのくらいの時間を空けますか？
◎服用(使用)にあたり特に注意することはありますか？	
都立羽村特別支援学校長 殿 上記の対応期間の間、または症状出現の際は学校で薬を服用(使用)することを依頼します。 記入日：令和____年____月____日 保護者氏名_____	

臨時薬使用依頼書

保護者記入

- 学校にいる時間に一時的に投薬が必要な場合は、必要事項を記入し、薬と一緒に提出してください。
- 可能であれば薬局で渡される薬の説明書のコピーなどを添付してください。

小・中・高____年____組 児童生徒氏名_____

◎学校で対応が必要な期間はどのくらいですか？ 令和 年 月 日() ~ 令和 年 月 日()	
◎薬の名前	◎処方薬の場合 病院名(科) 医師名： 電話番号：
◎いつ服用しますか？ またはどのような症状の時にどこに使用しますか？	
◎1回に服用(使用)する量は？ (○包、○錠…など)	※2回目の服用(使用)が必要な場合は どのくらいの時間を空けますか？
◎服用(使用)にあたり特に注意することはありますか？	
都立羽村特別支援学校長 殿 上記の対応期間の間、または症状出現の際は学校で薬を服用(使用)することを依頼します。 記入日：令和____年____月____日 保護者氏名_____	