

薬の使用依頼書（臨時薬）

令和 年 月 日

北海道北見支援学校長 様

部 年 組 児童生徒名

保護者名 印

（署名の場合は、捺印不要）

症状が落ち着き、登校は可能と考えますが、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、以下のとおり、薬の使用を依頼します。

薬名			
量			
期間	月 日～ 月 日	月 日～ 月 日	月 日～ 月 日
薬の種類	飲み薬 目薬 塗り薬 その他（ ）	飲み薬 目薬 塗り薬 その他（ ）	飲み薬 目薬 塗り薬 その他（ ）
使用時間	食前 食後 食間 その他（ ）	食前 食後 食間 その他（ ）	食前 食後 食間 その他（ ）
使用方法	そのまま 水に溶く その他（ ）	そのまま 水に溶く その他（ ）	そのまま 水に溶く その他（ ）
使用にあたっての注意事項 ※できるだけ詳しく、記入してください。 ※気になる副作用がある場合は 記入してください。			

※ 調剤薬局で発行される薬の説明書も一緒に提出してください。

※ 臨時薬：かぜ薬や鼻炎薬、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です。