臨時薬服用に関しての依頼について

普段、定期的に服用している薬（内服薬・塗布剤・点眼薬など）以外に学校での内服の介助等をご希望される場合は以下の点について、ご記入の上、担任へお渡しください。なお、薬の袋等にお子さんのお名前もご記入ください。提出時にお薬手帳のコピーも添えて提出をお願いします。

① 内服薬の場合（去痰剤・気管支拡張剤・風邪薬・胃腸薬など）
　　具体的に記入　･･･　何の薬をどれくらい、いつ、どのように何日ぐらい
　　記入例　･･･　風邪薬を一包み給食中に給食と混ぜて５／９から3日間服用させてください

② 塗布剤（湿疹用塗り薬・虫さされなど）
　　具体的に記入　･･･　何の薬をどれくらい、いつ、どのように何日ぐらい
　　記入例　･･･　虫さされの塗り薬を少量、午後1回、右手の甲に薄くのばして今日から2日間塗ってください

③ 点眼・点鼻薬（アレルギー性結膜炎・鼻炎など）
　　具体的に記入　･･･　何の薬をどれくらい、いつ、どのように何日ぐらい
　　記入例　･･･　花粉症の点眼薬を1回2滴、午後1回、右目だけに５／９から3日間点眼してください

④ その他（上記以外の薬についても具体的にご記入ください）

-------------------------------- きりとりせん --------------------------------

三重県立城山特別支援学校長　様　　　　　　令和　　年　　月　　日

臨時薬依頼書

（臨時的な薬の服用の介助をお願いいたします。）

1. 児童・生徒名　：　　　学部　　　年　名前 ＿＿＿＿＿＿＿＿

2. 依頼保護者名　：　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

3. 臨時薬の　名前・種別 ＿＿＿＿＿＿＿＿

　　量 ＿＿＿＿＿＿＿＿

　　服用時間 ＿＿＿＿＿＿＿＿

　　どのように ＿＿＿＿＿＿＿＿

　　期間　など ＿＿＿＿＿＿＿＿

お薬手帳のコピーも添えて提出をお願い致します！