

令和 年 月 日

三重県立特別支援学校西日野にじ学園学校長 様

臨時薬服薬依頼届

臨時薬の服用が必要ですので、薬の説明書（薬剤情報提供書）を添えて依頼します。
このことについては、主治医に確認済みです。

1. 児童生徒名 : _____ 学部 年 Gr 名前 _____

2. 保護者名 : _____

3. 臨時薬（裏面の記入例を参考にしてください。）

名前・種別	()
量	
服用時間	
どのように	
期間	

薬の説明書（薬剤情報提供書）を添えて提出してください

【記入例】

① 内服薬の場合（風邪薬・胃腸薬・整腸剤など）

臨時薬	名前・種別	カルボシステイン錠 500mg 痰をきる
量		1錠
服用時間		給食後
どのように		水と薬を本人に渡す
期間		2/12～14

② 塗布剤の場合（湿疹用塗り薬・虫さされなど）

臨時薬	名前・種別	リンデロンⅥ軟膏 炎症を和らげる
量		人差し指第一関節
服用時間		10時ごろ、14時ごろ
どのように		左手の甲に塗る
期間		2/12～19

③ 点眼・点鼻薬の場合（アレルギー性結膜炎・鼻炎など）

臨時薬	名前・種別	①クラビット点眼液 抗菌 ②フルメトロン点眼液 抗炎症
量		1～2滴
服用時間		給食の後
どのように		①をさしたあと、5分以上経ったら② ※②はよく振る
期間		2/12～19