

臨時薬管理依頼書

愛知県立佐織特別支援学校長様

_____部 _____年 _____組 児童生徒氏名_____

疾病治療のため、主治医から以下の要領で服薬するよう指示がありました。学校管理下で保護者に代わり服薬補助していただくようお願いします。

保護者氏名_____

【医師の指示内容】

※薬の説明書の複写を添付してください。

診断名	服用 月日	服用 時間	薬品名 服用量	服用方法 注意事項等	学校 確認
(例) 風邪	6月2日～ 6月5日	昼食後	ムコサル錠 1錠 ビオフェルミン 1錠	特になし	

(注) 服薬がある場合こちらの用紙に記入して御提出ください。服薬期間中は保健室で保管します。服薬がないときは御家庭で保管してください。

