

臨時薬服用申請書

部 年 組 児童生徒氏名

1 服用を必要とする疾患または障害名(服用の目的)

2 薬名() 服用量()

3 服用期間 月 日() から 月 日()まで

4 服用時間
時 分頃 または 給食前・後

注意事項

- ①保護者の判断により購入された市販薬は対象外です。
- ②医師の処方により、決められた時間に服用する場合のみ服用できます。

5 服用の介助(該当するものに○)

服用確認(見守り) 介助が必要

6 服用の介助において留意する点

以上、医師等の処方と指導にもとづいて記入しました。

この依頼書の内容のとおり、教職員による服用の確認または介助を依頼します。

令和 年 月 日

部 年 組 児童生徒氏名

保護者氏名

医師の処方どおりに児童生徒が服用できるよう、薬袋等に児童生徒名及び1回の用量と服用時間を明記して、その日服用する分のみを児童生徒に持たせてください。