

校長	教頭	中部主事	小部主事	養護教諭	担任

の り し ろ

様式 2

<h2 style="margin: 0;">臨時与薬依頼書</h2> <p style="text-align: right; margin: 5px 0;">令和 年 月 日</p> <p>群馬県立二葉特別支援学校長 あて</p> <p>学校における教員による臨時与薬について、下記のとおり依頼します。</p> <p style="text-align: center;">児童生徒氏名</p> <p style="text-align: center;">保護者氏名</p>	
与薬日	令和 年 月 日 ～ 月 日
与薬時間	食前・食後・食間 時頃 その他 ()
薬の種類	水薬・粉薬・点眼薬・点鼻薬・軟膏 その他 ()
薬の名前	
病名や症状	
医療機関名	
与薬の際の注意事項	
その他	

*外用薬（点眼、点鼻、軟膏）につきましては、期間での依頼を受け付けます。その際は、少なくとも学期毎の更新（本書類の再提出）をお願いします。

*以下に①医師の処方箋②薬の説明書（薬剤師から渡されるもの）のいずれか（写しで可）を貼付してください。

貼 付 欄