

令和 年 月 日

愛知県立豊橋特別支援学校長 殿

部 年 組 氏名

保護者氏名

医薬品使用の介助依頼書（臨時薬）

医師より下記のとおり薬の服用等の指示がありましたので、本日、在校時に適切に薬の服用等が行われるよう、介助をお願いします。

記

| 服用期間 | 服用時間 | 服用目的 | 薬品名 | 用量 | 服用方法 |
|---------------------------|------------------------|----------------------------|-----|------------|-------------|
| 例 ○月○日 ～○月○日 | ・○時○分頃 ・昼食前 ・昼食後 | ・風邪 ・下痢 ・目のかゆみ など | | ・1袋 ・1錠 | 水に混ぜて など |
| | | | | | |

※薬の説明書またはお薬手帳の写しを添付してください。