

臨時薬 依頼票

服薬日	月 日 () ~ 月 日 ()		
(小・中・高) 年 組		名前	
		保護者名	
病名又は症状		風邪 ・ 咳 ・ 下痢 ・ 中耳炎 その他 ()	
薬の種類	内服	粉薬__袋 ・ 錠剤__個 ・ 水薬 その他 ()	
		(医薬品名: _____)	
	外用	塗り薬 (部位:) 目薬 (右・左・両目) __滴 その他 ()	
		(医薬品名: _____)	
服薬の時間		昼食前・昼食後・本人の申告時 その他 ()	
備考			

*必ず、本人の帰宅後に服薬後の薬の袋等をご確認ください。
 *その日の服薬分の薬しか預かることはできません。
 *外用薬の塗布や点眼を担任に依頼する場合は、患部の確認や服用方法の確認等が必要になります。状態によってはお断りすることがあります。

臨時薬 依頼票

服薬日	月 日 () ~ 月 日 ()		
(小・中・高) 年 組		名前	
		保護者名	
病名又は症状		風邪 ・ 咳 ・ 下痢 ・ 中耳炎 その他 ()	
薬の種類	内服	粉薬__袋 ・ 錠剤__個 ・ 水薬 その他 ()	
		(医薬品名: _____)	
	外用	塗り薬 (部位:) 目薬 (右・左・両目) __滴 その他 ()	
		(医薬品名: _____)	
服薬の時間		昼食前・昼食後・本人の申告時 その他 ()	
備考			

*必ず、本人の帰宅後に服薬後の薬の袋等をご確認ください。
 *その日の服薬分の薬しか預かることはできません。
 *外用薬の塗布や点眼を担任に依頼する場合は、患部の確認や服用方法の確認等が必要になります。状態によってはお断りすることがあります。