【様式２】臨時服薬

糸魚川市立ひすいの里総合学校長　様

薬（内服薬・外用薬）に関する依頼書

令和　　年　　月　　日

依頼者	児童生徒 氏名	（ 小 ・ 中 ）学部　　年
	保護者 氏名	印
医療機関名	糸魚川総合病院　なかむらこどもクリニック 糸魚川こどもクリニック　ひまわり内科　山本医院 富山大学附属病院　長岡療育園 その他（　　）	
病名・症状		
服薬期間	令和　　年　　月　　日 ～ 令和　　年　　月　　日	
薬の説明書	あり　・　なし	

薬の名前	服薬する時間	用量	保管方法
	昼食前 ・ 昼食後 その他（　　）		・室温　・冷蔵庫 ・その他 （　　）
	昼食前 ・ 昼食後 その他（　　）		・室温　・冷蔵庫 ・その他 （　　）
	昼食前 ・ 昼食後 その他（　　）		・室温　・冷蔵庫 ・その他 （　　）
	昼食前 ・ 昼食後 その他（　　）		・室温　・冷蔵庫 ・その他 （　　）

服用方法	※支援が必要な場合は、詳しい内容を記入してください。
その他	※注意事項や全量飲めなかった場合の対応など