

【様式2】臨時服薬・緊急時服薬

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		
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		