

(様式5)

※ 薬の処方箋，薬剤情報提供書，お薬手帳のいずれかの写しを添付してください。

令和 年 月 日

徳島県立みなと高等学園校長 殿

保護者氏名 印

臨時薬実施依頼書

次に示す臨時薬に係る医療的ケアの実施を依頼したく，医師の臨時薬処方内容書を添えて申請いたします。

尚，受診に当たっては，医師及び薬剤師に「お薬手帳」を提示しています。

1 科 年 氏名

2 臨時薬の内容（該当項目に○をつけてください。）

与薬 軟膏塗布 点眼 その他（ ）

詳細は臨時薬処方内容書通り

3 実施にあたり留意する点（手順や飲ませ方など具体的に）

4 学校における臨時薬実施を依頼する期間

令和 年 月 日 から 令和 年 月 日

臨時薬処方内容書

徳島県立みなと高等学園校長 殿

生徒氏名 に対し，臨時薬に係る医療的ケアの実施を看護師に指示します。

医療的ケアを必要とする病名 あるいは病状	
学校・看護師への連絡事項 (薬剤の種類・投薬時の注意等)	☐ 薬剤名：処方箋のとおり ☐ 注意等：臨時薬実施依頼書3の留意点に従う ☐ その他 []

令和 年 月 日 医療機関名

医師氏名 印