

(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。

徳島県立みなと高等学園校長 殿

令和 〇〇年 〇月 〇〇日

↑ 御記入・御捺印ください ↓

保護者氏名 〇〇 □□ 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。

↓ 御記入ください

1 〇〇△△△△ 科 〇 年 氏名 〇〇 ◇◇

2 臨時薬の内容（該当項目に○をつけてください。） ○印をつけてください（複数可）

 与薬 軟膏塗布 点眼 その他（ ）

詳細は臨時薬処方内容書通り

↓ 御希望される点がございましたら御記入ください

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）

(例) 与薬時、オブラートを使用する。

4 学校における臨時薬実施を依頼する期間 ↓ 年月日を御記入ください ↓

令和 〇〇年 〇月 〇▽日 から 令和 〇〇年 〇月 〇△日

臨時薬処方内容書

徳島県立みなと高等学園校長 殿

↓ 御記入ください

生徒氏名 〇〇 ◇◇ 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。

↓ 御記入ください

医療的ケアを必要とする病名 あるいは病状	(例) 咽頭炎：のどの腫れ・痛み、微熱
学校・看護師への連絡事項 (薬剤の種類・投薬時の注意等)	<input checked="" type="checkbox"/> 薬剤名：処方箋のとおり <input checked="" type="checkbox"/> 注意等：臨時薬実施依頼書3の留意点に従う <input checked="" type="checkbox"/> その他 実施にあたり特に留意する点がございましたら御記入ください

令和 〇〇年 〇月 △△日 医療機関名 〇〇医療センター ◇◇◇◇科

↑ 御記入・御捺印ください → 医師氏名 □□ 〇〇〇 印