

(臨時薬様式)

## 臨時薬実施依頼書

徳島県立ひのみね支援学校長 殿

次に示す臨時薬に係る医療的ケアの実施を依頼したく、医師指示書を添えて申請いたします。

部 年 氏名

○ 臨時薬の内容  
与薬 軟膏塗布 点眼 その他 ( )

○ 実施にあたり留意する点

詳細は医師指示書のとおりです。

平成 年 月 日

保護者氏名 印

## 医師指示書

徳島県立ひのみね支援学校長 殿

徳島県立ひのみね支援学校看護師 殿

氏名 について、臨時薬に係る医療的ケアの実施を指示します。

医療的ケアを必要とする病名 あるいは病状	
学校・学校看護師に指示する事項 (薬剤の種類・投薬時の注意点等)	

平成 年 月 日

医療機関名

医師氏名 印