

(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。

平成 年 月 日

徳島県立ひのみね支援学校長 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 \_\_\_\_\_部 \_\_\_\_\_年 児童生徒氏名 \_\_\_\_\_

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のとおり

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 期間 平成 年 月 日 から 平成 年 月 日まで

.....

### 臨時薬処方内容書

徳島県立ひのみね支援学校長 殿

児童生徒氏名 \_\_\_\_\_ 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)	<input type="checkbox"/> 薬剤名：処方箋等のとおり <input type="checkbox"/> 注意等：臨時薬実施依頼書3の留意点に従う <input type="checkbox"/> その他 ( _____ )

平成 年 月 日

医療機関名

医師氏名

※ 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。

平成〇〇年 〇月 〇日

徳島県立ひのみね支援学校長 殿

保護者氏名 \_\_\_\_\_ 印

臨時薬実施依頼書

上段  
保護者記入

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 小学 部 〇 年 児童生徒氏名 〇 〇 〇 〇 \_\_\_\_\_

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のとおり

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）

例) 昼食開始時に、ご飯に混ぜて飲ませてください。

昼の経管栄養注入前に薬杯の中で白湯〇ccに溶いてシリンジで手注入してください。

4 期間 平成〇〇年 〇月 〇日 から 平成 〇〇年 〇月 〇日 まで

臨時薬処方内容書

下段  
主治医記入

徳島県立ひのみね支援学校長 殿

児童生徒氏名 \_\_\_\_\_ 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)	<input type="checkbox"/> 薬剤名：処方箋等のとおり <input type="checkbox"/> 注意等：臨時薬実施依頼書3の留意点に従う <input type="checkbox"/> その他 _____

平成〇〇年 〇月 〇日

署名・捺印をお願いします

医療機関名

医師氏名