※ 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 徳島県立ひのみね支援学校長 殿 保護者氏名 囙 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 令和 年 月 日 から 令和 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 □薬剤名:処方箋等のとおり 学校・看護師への連絡事項 □注意等:臨時薬実施依頼書3の留意点に従う (薬剤の種類・投薬時の注意等) □その他 令和 年 月 日

医療機関名 医師氏名

○月 ○日

令和 ○年

※ 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。

徳島県立ひのみね支援学校長		氏名	印
	臨時薬実施依頼書	上段 保護者記入	
します。	アの実施を依頼したく、医師の臨時		
1 _ 〇〇 _ 部 _ 〇 _ 年	見童生徒氏名〇〇〇〇		
×//\-	をつけてください。) 釜布 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(手順例) 昼食開始時に、ご飯に混む 昼の経管栄養注入前に薬	, , , , , , , , , , , , , , , , , , , ,	 /ジで手注入してください。	
4 期間 令和 年 月	日 から 令和 年	月 日まで	
徳島県立ひのみね支援学校長 殿 児童生徒氏名 <u>〇〇</u> 〇〇	臨時薬処方内容書 に対し、臨時薬に係る医療的な	下段 主治医記入 ア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:処方箋等のとおり □注意等:臨時薬実施依頼書3の □その他)留意点に従う	
		令和 〇年 〇月 〇日	日
	医療機関名_		
	医師氏名		