（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　　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 |  |
| 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の留意点に従う□その他 |

令和　　　年　　　月　　　日

医療機関名

医師氏名

（様式５）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　**【記入例】**

**※ 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 　　　　　　　　　　 印

**上段　保護者記入**

　　　　　　　　　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）

　　**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○ccに溶いてシリン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

**下段　主治医記入**

　　　　　　　　　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） | □薬剤名：処方箋等のとおり□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