

(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。

### 臨時薬実施依頼書 (保護者記入欄)

令和 年 月 日

徳島県立国府支援学校長 殿

保護者氏名 \_\_\_\_\_ 印

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。詳細は臨時薬処方内容書どおりです。

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 \_\_\_\_\_組 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 ( _____ )
----	------	----	---------------

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 実施期間 令和 年 月 日 から 令和 年 月 日まで

### 臨時薬処方内容書 (医師記入欄)

徳島県立国府支援学校長 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  <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> 薬剤の種類 投薬時の注意 実施期間等 </div>	<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"/> 実施期間：臨時薬実施依頼書4の通り <input type="checkbox"/> そ の 他 <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block; width: 150px; height: 20px;"></div>

令和 年 月 日

医療機関名 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

医師氏名 \_\_\_\_\_