別紙　1

臨時薬依頼書　兼　実施確認表

幼 ・ 小　　年　　氏名:

薬の名前 ・ 使用量:

使用時間: 給食(前 ・ 後) 、 その他(時間等　　)

使用方法:

使用期間:　　年　　月　　日　～　　年　　月　　日

令和　　年　　月　　日　　保護者氏名:　　印

○１回分のお薬をチャック付きのビニール袋等に入れて持たせてください。
○お薬の説明書やお薬手帳の写し等も添付してください。
○服薬後の空袋・空容器は持ち帰りますので、確認をお願いします。
※幼稚部の内服薬は、保護者対応でお願いします。
※できるだけ昼の服用がないように、かかりつけ医とご相談ください。

実施者 サイン または印	対応した時間	備　考
例　○ ○	12：30	虫に刺されたため軟膏塗布