様式2（常用薬以外）

令和　　年度　医薬品の使用に関する依頼書

以下の期間、下記の医薬品の使用の介助をお願いします。

保護者名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

部　　年　　組　　学級　児童生徒氏名						
依頼する期間	薬品名(効果)	用法･用量		のみ方･使い方 注意事項など	保護者 確認印	担任 確認印
《記入例》 １月　１日 ～　１月 ３日	ムコダイン （去痰剤） タリビッド点眼液 （抗菌剤）	(1 回量) １包 ○	食前 (食後) （10 時、15 時）	・コップで水に溶かしてのむ ・冷暗所保管	㊞	㊞
月　　日 ～　月　　日			食前　食後 （　　）			
月　　日 ～　月　　日			食前　食後 （　　）			
月　　日 ～　月　　日			食前　食後 （　　）			
月　　日 ～　月　　日			食前　食後 （　　）			
月　　日 ～　月　　日			食前　食後 （　　）			
月　　日 ～　月　　日			食前　食後 （　　）			
月　　日 ～　月　　日			食前　食後 （　　）			