

〈様式②〉

薬の使用依頼書

応急薬

通学生用

平成 年 月 日

岐阜県立関特別支援学校長 様

部 年 組 児童生徒名

保護者名 (自署)

医師（主治医或いはかかりつけ医）の指示により、下記の薬を使用する必要があります。
つきましては、学校において預かっていただくことをお願いします。

太枠内は、ご記入いただくか、または、薬の説明書（処方箋のコピー等）を添付してください。

| 薬名 | 薬の種類 (粉 錠剤 水薬 等) | 個数 | 使用期限 | 使用の目安 ※できるだけ詳しくご記入ください |
|----------|---------------------|---------|------|---------------------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| 頓服 | | 【使用の目安】 | | |
| 医療機関・医師名 | | | | |

| | |
|---|--|
| 使用方法 使用にあたっての注意事項 ※できるだけ詳しくご記入ください。 | |
| 保護者緊急連絡先 | |

※ 応急薬とは：喘息発作時の薬、向精神薬、鎮痛剤等、応急処置として使用する薬