

〈様式④〉

薬の使用依頼書（非常時）

令和 年 月 日

岐阜県立中濃特別支援学校長 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、災害時や気象警報発令によって学校に長時間待機する場合において、下記のとおり使用の
介助をお願いします。

薬が変更になった場合は、直ちに連絡いたします。

なお、この薬の使用については保護者が責任を持ちます。

	薬名	薬の種類	使用期限	預かる個数	使用時間
朝		粉薬 錠剤 水薬 他 ()	R . .		食前 食後 時
		粉薬 錠剤 水薬 他 ()	R . .		
		粉薬 錠剤 水薬 他 ()	R . .		
昼		粉薬 錠剤 水薬 他 ()	R . .		食前 食後 時
		粉薬 錠剤 水薬 他 ()	R . .		
		粉薬 錠剤 水薬 他 ()	R . .		
夕		粉薬 錠剤 水薬 他 ()	R . .		食前 食後 時
		粉薬 錠剤 水薬 他 ()	R . .		
		粉薬 錠剤 水薬 他 ()	R . .		
就寝前		粉薬 錠剤 水薬 他 ()	R . .		時
		粉薬 錠剤 水薬 他 ()	R . .		
		粉薬 錠剤 水薬 他 ()	R . .		
頓服		【使用の目安】			
使用方法 使用にあたっての注意事項 ※できるだけ詳しく記入してください。					
保管方法					
医療機関・医師名					
保護者緊急連絡先					

※ 薬の説明書のコピーを添付してください。