

〈様式⑥〉

薬の預かり依頼書（応急薬）

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、学校において預かっていただくことをお願いします。

| | | | |
|--|---------------------|---------------------|---------------------|
| 薬名 | | | |
| 量 | | | |
| 薬の種類 | 粉薬 錠剤 水薬 その他（ ） | 粉薬 錠剤 水薬 その他（ ） | 粉薬 錠剤 水薬 その他（ ） |
| 使用の目安 ※できるだけ詳しく記入してください。 | | | |
| 飲み方 | そのまま 水に溶く その他（ ） | そのまま 水に溶く その他（ ） | そのまま 水に溶く その他（ ） |
| 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。 | | | |
| 医療機関・医師名 | | | |
| 保護者緊急連絡先 | | | |

- ※ 薬品名及び使用時の留意点について、不明な点は医師にたずねて正確に記入してください。
- ※ 応急薬：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
- ※ 薬の説明書のコピーを添付してください。