

薬の使用依頼書（定期薬）

令和 年 月 日 記入

岐阜県立恵那特別支援学校長 様

(小・中・高) 年 組 氏名

保護者名 (自著)

医師（主治医或いはかかりつけ医）の指示により、薬を使用する必要があります。
つきましては、学校において下表のとおり使用の介助をお願いします。
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	粉薬 錠剤 水薬 カプセル その他（ ）	粉薬 錠剤 水薬 カプセル その他（ ）	粉薬 錠剤 水薬 カプセル その他（ ）
1回量 (個・包・錠等)			
使用時間	食前 食後 食間 その他（ ）	食前 食後 食間 その他（ ）	食前 食後 食間 その他（ ）
使用方法	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（ ）
保管方法	冷蔵 常温 遮光 その他()	冷蔵 常温 遮光 その他()	冷蔵 常温 遮光 その他()
保管場所	本人 担任 保健室 その他()	本人 担任 保健室 その他()	本人 担任 保健室 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			

- ※ 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。
- ※ 薬の内容、量が変更になった場合は必ず担任まで、連絡してください。
- ※ 定期薬：抗てんかん薬、向精神薬等、年間を通して毎日使用する薬
- ※ 薬の説明書のコピーを添付してください。

<様式2>

薬の使用依頼書（臨時薬）

（小・中・高） 年 組 氏名

症状が落ち着き、登校は可能と考えますが、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、学校において下記のとおり使用の介助をお願いします。

期間	月 日～ 月 日	月 日～ 月 日	月 日～ 月 日	月 日～ 月 日	月 日～ 月 日
病名					
薬名					
薬の種類	粉薬 錠剤 水薬 塗り薬 目薬 その他（ ）	粉薬 錠剤 水薬 塗り薬 目薬 その他（ ）	粉薬 錠剤 水薬 塗り薬 目薬 その他（ ）	粉薬 錠剤 水薬 塗り薬 目薬 その他（ ）	粉薬 錠剤 水薬 塗り薬 目薬 その他（ ）
1回量 (個・包・錠等)					
使用時間	食前 食後 他(時)	食前 食後 他(時)	食前 食後 他(時)	食前 食後 他(時)	食前 食後 他(時)
使用方法	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（ ）	そのまま 水に溶く その他（ ）	そのまま 水に溶く その他（ ）
保管方法	冷蔵 常温 遮光 その他()	冷蔵 常温 遮光 その他()	冷蔵 常温 遮光 その他()	冷蔵 常温 遮光 その他()	冷蔵 常温 遮光 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					
記入日					
保護者サイン					
担任確認欄					

※ 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。

※ 臨時薬：風邪薬や鼻炎薬、目薬、塗り薬等、**短期的にその症状が軽減されるまで使用する薬**

※ **薬の説明書のコピーを添付してください。**

薬の使用依頼書（泊を伴う行事）

令和 年 月 日 記入

岐阜県立恵那特別支援学校長 様

(小・中・高) 年 組 氏名

保護者名 (自著)

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、学校において下記のとおり使用の介助をお願いします。
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	1回量 (個・包・錠等)	預かる 個数	使用日	使用 時間		
朝		粉薬 錠剤 水薬 他()			1日目 2日目 3日目	食前 食後 (時)		
		粉薬 錠剤 水薬 他()			1日目 2日目 3日目			
		粉薬 錠剤 水薬 他()			1日目 2日目 3日目			
昼		粉薬 錠剤 水薬 他()			1日目 2日目 3日目	食前 食後 (時)		
		粉薬 錠剤 水薬 他()			1日目 2日目 3日目			
		粉薬 錠剤 水薬 他()			1日目 2日目 3日目			
夕		粉薬 錠剤 水薬 他()			1日目 2日目 3日目	食前 食後 (時)		
		粉薬 錠剤 水薬 他()			1日目 2日目 3日目			
		粉薬 錠剤 水薬 他()			1日目 2日目 3日目			
就寝前		粉薬 錠剤 水薬 他()			1日目 2日目 3日目	(時)		
		粉薬 錠剤 水薬 他()			1日目 2日目 3日目			
		粉薬 錠剤 水薬 他()			1日目 2日目 3日目			
頓服		粉薬 錠剤 水薬 他()			【使用の目安】			
		粉薬 錠剤 水薬 他()			【使用の目安】			
使用方法 使用にあたっての注意事項								
保 管 方 法		冷蔵 常温 遮光 その他()						
医療機関・医師名								

※ 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。
※ 薬の説明書のコピーを添付してください。

《学校確認欄》使用を確認した職員が記名すること

事前確認 (養教)	1日目 (/)				2日目 (/)				3日目 (/)		
	朝	昼	夕	就寝前	朝	昼	夕	就寝前	朝	昼	夕

頓服							※使用した日時を記入
----	--	--	--	--	--	--	------------

薬の使用・預かり依頼書（非常時）

令和 年 月 日 記入

岐阜県立恵那特別支援学校長 様

(小・中・高) 年 組 氏名

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、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表によって学校に長時間待機する場合において、下表のとおり
使用の介助および、薬をあずかっていただくことをお願いします。
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	1回量 (個・包・錠等)	預かる 個数	使用期限	使用 時間
朝		粉薬 錠剤 水薬 他()				食前 食後 (時)
		粉薬 錠剤 水薬 他()				
		粉薬 錠剤 水薬 他()				
昼		粉薬 錠剤 水薬 他()				食前 食後 (時)
		粉薬 錠剤 水薬 他()				
		粉薬 錠剤 水薬 他()				
夕		粉薬 錠剤 水薬 他()				食前 食後 (時)
		粉薬 錠剤 水薬 他()				
		粉薬 錠剤 水薬 他()				
就 寝 前		粉薬 錠剤 水薬 他()				(時)
		粉薬 錠剤 水薬 他()				
		粉薬 錠剤 水薬 他()				
頓 服		粉薬 錠剤 水薬 他()			【使用の目安】	
		粉薬 錠剤 水薬 他()			【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		冷蔵 常温 遮光 その他()				
保 管 場 所		保健室				
医療機関・医師名						

- ※ 非常時用の薬は、原則3日分を用意していただきますようお願いします。
- ※ 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。
- ※ 薬の内容、量が変更になった場合は必ず担任まで、連絡してください。
- ※ 薬の説明書のコピーを添付してください。
- ※ 薬は学期ごとに返却します。ご家庭で薬の内容、数、使用期限等をご確認ください。

薬の預かり依頼書（応急薬）

令和 年 月 日 記入

岐阜県立恵那特別支援学校長 様

（小・中・高） 年 組 氏名

保護者名 (自著)

医師（主治医或いはかかりつけ医）の指示により、下表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			
薬の種類	粉薬 錠剤 水薬 エピペン® その他（ ）	粉薬 錠剤 水薬 エピペン® その他（ ）	粉薬 錠剤 水薬 エピペン® その他（ ）
1回量 （個・包・錠等）			
預かる個数			
使用の目安	※できるだけ詳しく記入してください。		
使用方法			
保管方法	冷蔵 常温 遮光 その他()	冷蔵 常温 遮光 その他()	冷蔵 常温 遮光 その他()
保管場所	本人 担任 保健室 その他()	本人 担任 保健室 その他()	本人 担任 保健室 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			

- ※ 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、エピペン®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。**
- ※ 薬は学期ごとに返却します。ご家庭で薬の内容、数、使用期限等をご確認ください。

原本保管 保健室、写し保管（ ）