

〈様式①〉

薬の使用依頼書（定期薬）

令和 年 月 日

岐阜県立恵那特別支援学校長 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			
量			
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（ ）
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（ ）
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。
- ※ 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）

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。

なお、この薬の使用については保護者が責任を持ちます。

期 間	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（ ）				
量					
時間	食前 食後 他(時)				
使用方法 注意事項					
病院名					
記入日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日
保護者サイン					

※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。

〈様式③〉

薬の使用依頼書（泊を伴う行事）

令和 年 月 日

岐阜県立恵那特別支援学校長 様

部 年 組

児童生徒名

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、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	使用日	預かる個数	使用時間
朝		粉薬 錠剤 水薬 他 ()	/ . /		食前
		粉薬 錠剤 水薬 他 ()	/ . /		食後
		粉薬 錠剤 水薬 他 ()	/ . /		時
昼		粉薬 錠剤 水薬 他 ()	/ / /		食前
		粉薬 錠剤 水薬 他 ()	/ / /		食後
		粉薬 錠剤 水薬 他 ()	/ / /		時
夕		粉薬 錠剤 水薬 他 ()	/ . /		食前
		粉薬 錠剤 水薬 他 ()	/ . /		食後
		粉薬 錠剤 水薬 他 ()	/ . /		時
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		【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。

〈様式④〉

薬の使用依頼書（非常時）

令和 年 月 日

岐阜県立恵那特別支援学校長 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。

〈参考〉

薬の預かり依頼書（応急薬）

令和 年 月 日

岐阜県立恵那特別支援学校長 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。