

〈様式2〉

薬の使用依頼書（臨時薬）

岐阜県立飛騨特別支援学校長 様

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。

使用期間	年 月 日（ ）から 月 日（ ）まで
病 名	
薬 名	
薬の種類	粉 薬 ・ 錠 剤 ・ 水 薬 ・ 他（ ）
使用時間	食 前 ・ 食 後 ・ 他（ 時）
使用方法	
使用にあたっての注意事項	
医療機関名 （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。

※ 薬の説明書のコピーを添付してください。

年 月 日

部 年 組 児童生徒名

保護者名 _____（自署）