

〈様式2〉

薬の使用依頼書（臨時薬）

見本

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	平成30年6月4日（月）から 6月6日（水）まで
病名	副鼻腔炎
薬名	ムコダイン ○○錠
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	口の中へ直接、入れる。その後、少しの量の水を飲ませる。
使用にあたっての注意事項	薬嫌いなので、なるべく口の奥へ入れます。
医療機関名（医師名）	服用にあたって、気をつけなければならないことがありましたら、詳しく記入してください。

薬の説明書を参考に記入してください。

普段の服用の様子を記入してください。

- ※ 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。

平成 年 月 日

部 年 組 児童生徒名

保護者名 (自署)