

〈様式④〉

薬の使用依頼書

非常時

平成 年 月 日

岐阜県立関特別支援学校長 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。なお、この薬の使用については保護者が責任を持ちます。

預ける量： 日分 処方された日： 年 月 日

太枠内は、ご記入いただくか、または、薬の説明書（処方箋のコピー等）を添付してください。

	薬名	薬の種類（粉 錠剤 水薬 等）	個数	使用期限	使用時間
朝					食前 食間 食後 _____ 時 その他（ ）
昼					食前 食間 食後 _____ 時 その他（ ）
夕					食前 食間 食後 _____ 時 その他（ ）
就寝前					_____ 時 その他（ ）
頓服		【使用の目安】			
医療機関・医師名					

使用方法 使用にあたっての注意事項 ※できるだけ詳しくご記入ください	
保護者緊急連絡先	

※ 1～3日分の薬とともに、災害時用の鞆の中に入れて保管します。