

〈様式①〉

学校 寄宿舍

提出する方に○をつける

## 薬の使用届出書（定期薬）

令和 年 月 日

岐阜県立岐阜聾学校長 様

部 年 組 幼児児童生徒名

保護者等氏名 (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、下記のとおり使用することを届け出ます。なお、この薬の使用については保護者  
等が責任をもちます。

記

※太枠内を記入してください。

使用方法	そのまま 水に溶く その他（ ）
服薬方法	見守り（声掛け） 介助
介助にあたっての 注意事項 ※できるだけ詳しく 記入してください。	
保護者等 緊急連絡先	
薬名	※薬の説明書参照  薬の説明書のコピーを裏面に添付してください。
量	
薬の種類	
使用時間	
医療機関名	

※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

学校確認 (サインまたは押印) ※直接手渡し、鍵の かかる所に保管	部主事	保健室	担任	寄宿舍