

〈様式②〉

学校 寄宿舎

提出する方に○をつける

薬の使用届出書（臨時薬）

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）の指示による医療用医薬品（処方薬）の使用、または、OTC医薬品（市販薬）の使用を必要とします。なお、OTC医薬品（市販薬）を使用する場合で症状が改善されない場合は早めに病院受診をします。

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。

期 間	月 日 ~ 月 日
病 名	
服薬方法	見守り（声掛け） 介助
使用方法	そのまま 水に溶く その他（ ）
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。	
薬の種類	※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。
時間	
病院名	

※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。

※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

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	寄宿舎