

〈様式⑤〉

薬の使用届出書（非常時）

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、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。

薬が変更になった場合は、直ちに連絡します。

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。

	薬名	薬の種類	使用期限	預かる個数	使用時間
朝		粉薬 錠剤 水薬 他 ()	R . .		食前
		粉薬 錠剤 水薬 他 ()	R . .		食後
		粉薬 錠剤 水薬 他 ()	R . .		時
昼		粉薬 錠剤 水薬 他 ()	R . .		食前
		粉薬 錠剤 水薬 他 ()	R . .		食後
		粉薬 錠剤 水薬 他 ()	R . .		時
夕		粉薬 錠剤 水薬 他 ()	R . .		食前
		粉薬 錠剤 水薬 他 ()	R . .		食後
		粉薬 錠剤 水薬 他 ()	R . .		時
就寝前		粉薬 錠剤 水薬 他 ()	R . .		時
		粉薬 錠剤 水薬 他 ()	R . .		
		粉薬 錠剤 水薬 他 ()	R . .		
頓服		【使用の目安】			
使用方法 使用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。					
保管方法					
服薬方法		自己管理 ・ 見守り ・ 声掛け ・ 介助			
医療機関・医師名					
保護者等緊急連絡先					

※ 薬の説明書のコピーを添付してください。

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	担任	保健室

薬の説明書が添付できない場合は
こちらに記入してください。

(例) 後日持ってきます。

記入欄: _____

保護者等氏名 (自署)