

〈様式2〉

## 薬の使用依頼書（臨時薬）

岐阜県立飛驒特別支援学校長 様

令和 年 月 日

部 年 組 児童生徒名

保護者名 \_\_\_\_\_（自署）

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	令和 年 月 日（ ） から 月 日（ ）まで
病 名	
薬 名	
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	
校外学習での予備薬持参	希望する・希望しない
使用にあたっての注意事項	
医療機関名 （医師名）	

- ※ 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。
- ※ 薬の説明書のコピーを添付してください。