

薬の使用依頼書（臨時薬）

岐阜県立飛驒特別支援学校長 様

令和〇年〇月〇〇日

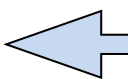


●● 部 △ 年 ◇ 組 児童生徒名 飛驒山 はなこ

保護者名 飛驒山 太郎 （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もちます。

使用期間	令和 〇年 〇月 〇日（ 〇 ） から 〇月 〇日（ 〇 ）まで
病 名	副鼻腔炎
薬 名	ムコダイン 〇〇錠 
薬の種類	粉 薬 ・ <u>錠 剤</u> ・ 水 薬 ・ 他（ ）
使用時間	食 前 ・ <u>食 後</u> ・ 他（ 時）
使用方法	口の中へ直接、入れる。その後、少しの量の水を飲ませる。
校外学習での予備薬持参	<u>希望する</u> ・ 希望しない 
使用にあたっての注意事項	薬嫌いなので、なるべく口の奥へ入れます。  服用にあたって、気をつけなければならないことがありましたら、詳しく記入してください。
医療機関名（医師名）	

薬の説明書を参考に記入してください。

普段の服用の様子を記入してください。

服用にあたって、気をつけなければならないことがありましたら、詳しく記入してください。

- ※ 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。