

<様式②>

薬の使用依頼書（臨時薬）

岐阜県立飛騨特別支援学校長 様

部 年 組 児童生徒名

保護者等氏名 (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。

期 間	月 日～ 月 日	月 日～ 月 日	月 日～ 月 日	月 日～ 月 日	月 日～ 月 日
病 名					
薬 名					
薬の種類	粉薬 錠剤 水薬 塗り薬 目薬 その他（ ）	粉薬 錠剤 水薬 塗り薬 目薬 その他（ ）	粉薬 錠剤 水薬 塗り薬 目薬 その他（ ）	粉薬 錠剤 水薬 塗り薬 目薬 その他（ ）	粉薬 錠剤 水薬 塗り薬 目薬 その他（ ）
時間	食前 食後 他(時)	食前 食後 他(時)	食前 食後 他(時)	食前 食後 他(時)	食前 食後 他(時)
校外学習での 予備薬持参	希望する・希望しない	希望する・希望しない	希望する・希望しない	希望する・希望しない	希望する・希望しない
使用方法 注意事項					
医療機関・ 医師名					
記入日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日

※ 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

※ 薬の説明書のコピーを添付してください。