

<様式②>

薬の使用依頼書（臨時薬）

見 本

岐阜県立飛騨特別支援学校長 様

●● 部 △ 年 ◇ 組 児童生徒名 飛騨山 はなこ

保護者等氏名 飛騨山 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持ちます。

期 間	5月14日～5月21日	月 日～ 月 日	月 日～ 月 日	月 日～ 月 日	月 日～ 月 日
病 名	風邪				
薬 名	・ムコダイン ・ダーゼン ・カロナール				
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	・少量の水で溶かしてスプーンで飲む				
医療機関・ 医師名	〇〇病院 〇〇先生				
記入日	5 月 13 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。