

薬の使用依頼書 (臨時薬)

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 ()
量					
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)
使用方法 注意事項					
病院名					
記入日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日
保護者サイン					
担任サイン					
養護教諭サイン					

※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

〈様式②〉 飛驒吉城特別支援学校

部 年 組 氏名

※薬の説明書のコピーを添付してください。