

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				
病 名					
薬 名					
薬の種類	粉薬 錠剤 水薬 塗り薬 目薬 その他 ()				
量					
時間	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。