

投薬依頼書（応急薬）

令和 年 月 日

揖斐特別支援学校長 様

(小・中・高) 部 年 組 児童生徒名

保護者等氏名 (自署)

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、学校において預かっていただくことをお願いします。

薬名			
量			
薬の種類	粉薬 錠剤 水薬 その他（ ）	粉薬 錠剤 水薬 その他（ ）	粉薬 錠剤 水薬 その他（ ）
使用の目安 ※できるだけ詳しく記入してください。			
飲み方	そのまま 水に溶く その他（ ）	そのまま 水に溶く その他（ ）	そのまま 水に溶く その他（ ）
使用にあたっての 注意事項 ※できるだけ詳しく記入してください。			
医療機関・医師名			
保護者緊急連絡先			

- ※ 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。
- ※ 応急薬：喘息発作時の薬、向精神薬、鎮痛剤等、応急処置として使用する薬
- ※ 薬の説明書のコピーを添付してください。