

〈様式①〉

薬の使用依頼書

定期薬

通学生用

年 月 日

岐阜県立関特別支援学校長 様

部 年 組 児童生徒名

保護者名 (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。

太枠内は、ご記入いただくか、または、薬の説明書（処方箋のコピー等）を添付してください。

薬名	薬の種類（粉 錠剤 水薬 等）	個数	使用時間
			食前 食間 食後 ____ 時 その他（ ）
			食前 食間 食後 ____ 時 その他（ ）
			食前 食間 食後 ____ 時 その他（ ）
			食前 食間 食後 ____ 時 その他（ ）
			食前 食間 食後 ____ 時 その他（ ）
			食前 食間 食後 ____ 時 その他（ ）
頓服	【使用の目安】		
医療機関・医師名			

使用方法 使用にあたっての注意事項 ※できるだけ詳しくご記入ください	
保護者緊急連絡先	

※ 定期薬とは：抗てんかん薬、向精神薬等、年間を通して毎日使用する薬