

〈様式②〉

# 薬の使用依頼書

応急薬

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、学校において預かっていただくことをお願いします。

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	使用期限	使用の目安 ※できるだけ詳しくご記入ください
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	

※ 応急薬とは：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