

薬の使用依頼書

寄宿舎生用

※下記の該当する薬に○を付けてください。

定期薬

応急薬

臨時薬

非常時(寄宿舎)

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、寄宿舎及び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。

※処方箋を添付してください。

※薬の使用方法、注意事項等がありましたら、できるだけ詳しくご記入ください。

※薬に使用期限があるものは明記してください。

※ 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です。

※ 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です。

※ 臨時薬とは：風邪薬や鼻炎薬、目薬、塗り薬等、短期的にその症状が軽減するまで使用する薬です。

その時処方された薬に限り必要期間のみお預かりします。

※ 非常薬とは：3日分の薬とともに、寄宿舎の災害時用の鞆の中に入れて保管します。