

薬の使用依頼書

令和 年 月 日

愛知県立豊田高等特別支援学校長 様

年 組 号室 生徒名

保護者名

症状が落ち着き、医師(主治医あるいはかかりつけ医)の指示により、寄宿舎に宿泊することは可能と考えますが、下記の薬を使用する必要があります。つきましては、寄宿舎において下記のとおり使用の補助をお願いします。なお、この薬の使用については保護者が責任をもちます。

記

病名、症状	薬名	用法・用量・期間	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。
		期間： 月 日～ 月 日 起床 朝 昼 夕 就寝 ----- 食前 ・ 食間 ・ 食後 ----- 日 回/ 回量：	
		期間： 月 日～ 月 日 起床 朝 昼 夕 就寝 ----- 食前 ・ 食間 ・ 食後 ----- 日 回/ 回量：	
		期間： 月 日～ 月 日 起床 朝 昼 夕 就寝 ----- 食前 ・ 食間 ・ 食後 ----- 日 回/ 回量：	
		期間： 月 日～ 月 日 起床 朝 昼 夕 就寝 ----- 食前 ・ 食間 ・ 食後 ----- 日 回/ 回量：	
		期間： 月 日～ 月 日 起床 朝 昼 夕 就寝 ----- 食前 ・ 食間 ・ 食後 ----- 日 回/ 回量：	

※『処方箋または薬の説明書のコピー(用法・用量等の分かるもの)』を必ず添付してください。

※薬品名及び使用時の留意点について、不明な点は医師に尋ねて正確に記入してください。