

薬の使用依頼書（応急薬）

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

医師（主治医あるいはかかりつけ医）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、寄宿舎において下記のとおり使用の補助をお願いします。

記

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 ※使用するタイミング（状態、時間等） など主治医に具体的に聞き、できるだけ詳しく記入してください。			
使用方法	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 ※使用前や使用中の注意事項、使用後の対応など主治医に具体的に聞いて、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			

※ 応急薬の使用が必要な場合は事前に必ず御相談ください。

※ 応急薬：症状が出た時に応急処置として使用する薬。

※ 『本人の処方箋または薬の説明書のコピー（用法・用量等のわかるもの）』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、不明な点は医師にたずねて正確に記入してください。

応急薬使用確認書

月 日 :		月 日 :		月 日 :	
薬品名					
補助者サイン	保護者サイン				
月 日 :		月 日 :		月 日 :	
月 日 :		月 日 :		月 日 :	
月 日 :		月 日 :		月 日 :	
月 日 :		月 日 :		月 日 :	

- ※ 応急薬は、保護者に使用の有無の確認をとってから使用します。
- ※ 使用した場合、使用日時、使用薬品名、補助者サインを記入します。
- ※ 「応急薬使用確認書」は薬とともに帰省日に持ち帰ります。御家庭で確認していただき、使用した場合、保護者サインを記入し、登校日に提出してください。

記入例

薬の使用依頼書（応急薬）

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 寄宿舎 次郎

保護者名 寄宿舎 太郎

医師（主治医あるいはかかりつけ医）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、寄宿舎において下記のとおり使用の補助をお願いします。

記

薬名	カロナール錠	プロカテロール	
量	1回1錠	1回1吸入	
薬の種類	粉薬 錠剤 水薬 その他（ ）	粉薬 錠剤 水薬 その他 （ 吸入 ）	粉薬 錠剤 水薬 その他（ ）
使用の目安 ※使用するタイミング（状態、時間等）など主治医に具体的に聞き、できるだけ詳しく記入してください。	頭痛時 空腹時を避ける	発作時	
使用方法	そのまま 水に溶く その他（ ）	そのまま 水に溶く その他 （ 吸う ）	そのまま 水に溶く その他（ ）
使用にあたっての注意事項 ※使用前や使用中の注意事項、使用後の対応など主治医に具体的に聞いて、できるだけ詳しく記入してください。	8時間あける	吸入後安静にする	
医療機関・医師名	竹村クリニック 竹村 一郎		
保護者緊急連絡先	090-1234-5678		

- ※ 応急薬の使用が必要な場合は事前に必ず御相談ください。
- ※ 応急薬：症状が出た時に応急処置として使用する薬。
- ※ 『本人の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。