

薬の使用依頼書（応急薬）

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 印

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通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。