

薬の使用依頼書（定期薬）

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					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。
		起床	朝	昼	夕	就寝	
		食前 ・ 食間 ・ 食後					
		1日 回／1回量：					
		起床	朝	昼	夕	就寝	
		食前 ・ 食間 ・ 食後					
		1日 回／1回量：					
		起床	朝	昼	夕	就寝	
		食前 ・ 食間 ・ 食後					
		1日 回／1回量：					
		起床	朝	昼	夕	就寝	
		食前 ・ 食間 ・ 食後					
		1日 回／1回量：					

※定期薬：抗てんかん薬、向精神薬、抗アレルギー薬、抗ぜんそく薬等毎日定時に必ず使用する薬。
※『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。