

薬の使用依頼書（日常薬）

令和 年 月 日

北海道北見支援学校長 様

部 年 組 児童生徒名

保護者名 印

（署名の場合は、捺印不要）

学校生活において、薬を使用するよう主治医より指示がありました。

以下のとおり、薬の使用を依頼します。

薬名			
量			
薬の種類	粉薬 錠剤 水薬 カプセル その他（ ）	粉薬 錠剤 水薬 カプセル その他（ ）	粉薬 錠剤 水薬 カプセル その他（ ）
使用時間	食前 食後 食間 その他（ ）	食前 食後 食間 その他（ ）	食前 食後 食間 その他（ ）
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 ※できるだけ詳しく記入してください。 ※気になる副作用がある場合は記入してください。			

※ 調剤薬局で発行される薬の説明書も一緒に提出してください。

※ 薬の内容、量が変更になった場合は必ず担任まで連絡してください。

※ 日常薬：抗けいれん薬、抗アレルギー薬、抗ぜんそく薬等、年間を通して毎日使用する薬です。