

緊急薬の使用依頼書（坐薬・口腔内投与薬）

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）

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、学校でも保管していただくことをお願いします。

薬 名	
使用に際しての 主治医からの指示	次の点に沿って、記入してください ・ 使用時の症状 ・ 使用後の対応 ※ 気になる副作用がある場合はあわせて記入してください。
医療機関名・医師名 電話番号	
保護者緊急連絡先	
その他備考	

※ 薬品名及び使用時に気をつけることについて、不明な点は医師にたずねて正確に記入してください。

※ 調剤薬局で発行される薬の説明書と診療情報提供書を一緒に提出してください。