令和　　年　　月　　日

**学校での緊急時頓用薬使用依頼書**

神戸大学附属特別支援学校長様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　学部・学年：

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　児童生徒名：

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　保護者氏名：

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　緊急時連絡先：

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　携帯：

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　主治医と病院名：

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　主治医の連絡先電話番号：

　学校での緊急時頓用薬の使用を依頼します。詳細については、下記のとおりです。

記

1. 薬の名前　　　【　　　　　　　　　　　　　　　　　】
2. 種類　　　　　座薬・内服薬・軟膏・点眼薬・点鼻薬・吸入薬・その他（　　　　　）
3. １回の使用量
4. どのような時に使用するのか（できるだけ詳しく）
5. 使用法（詳しく）
6. 使用の際の注意事項

**☆薬局からの「薬剤情報提供書（薬の説明書）」も一緒にご提出ください。**