

指 示 書

令和 年 月 日

熊本聾学校長 様

医療機関名

住 所

電話番号

主治医名

印

下記の幼児児童生徒について、次の事項に従って「坐薬の使用」を実施してください。

記

1 幼児児童生徒名

学部・学年 幼・小・中・高・専 年 組 氏名

2 診断名および病状の概況

3 坐薬の種類・薬剤名および使用量

4 学校における坐薬使用の際の判断基準

5 坐薬使用時の注意事項および観察事項

6 その他

7 主治医の確認印

上記のとおり指示します。	令和	年度	主治医	印
上記のとおり指示します。		年度	主治医	印
上記のとおり指示します。		年度	主治医	印