

# 指 示 書

令和 年 月 日

松橋支援学校長 様

医療機関名 \_\_\_\_\_

住 所 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

主治医名 \_\_\_\_\_ 印

下記の児童生徒について、次の事項に従って「坐薬の使用」を実施してください。

## 記

### 1 児童生徒名

学部・学年 小・中・高 年 組 氏名 \_\_\_\_\_

### 2 診断名及び病状の概況

### 3 坐薬の種類・薬剤名及び使用量

### 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及び観察事項

### 6 その他