

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