**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