

群馬県立伊勢崎高等特別支援学校長 様

定期薬 与薬介助依頼書

年 組 生徒氏名

保護者氏名

印

主治医からの処方箋による定期薬について、学校管理下における職員による介助を依頼します。

1. 診断名 _____

2. 与薬の開始年月日 平成・令和 年 月 日

3. 与薬品名・量

与薬品名 (性状)	1回量		与薬時間
	昼	他()	
(粉錠剤その他)			食前 食後 食間 その他()
(粉錠剤その他)			食前 食後 食間 その他()
(粉錠剤その他)			食前 食後 食間 その他()
(粉錠剤その他)			食前 食後 食間 その他()

4. 医療機関名 _____ 主治医名 _____

住所 _____ 電話番号 _____

5. 与薬の際の注意事項

※ **薬の説明書のコピーも一緒に**、提出してください。医師の指示書の代替えとします。

