

令和 年 月 日

群馬県立伊勢崎高等特別支援学校長 様

臨時薬 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臨時薬について、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. 治療開始年月日 令和 年 月 日

3. 与薬年月日 令和 年 月 日 () ~ 月 日 ()

4. 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()

5. 医療機関名 _____ 主治医名 _____

住所 _____ 電話番号 _____

6. 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。

