

令和 年 月 日

群馬県立伊勢崎高等特別支援学校長 様

## 宿泊時 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. 与薬年月日 令和 年 月 日(昼 夕 就寝前)～ 月 日(朝 昼)

3. 与薬品名・量

与薬品名 (性状)	1回量				与薬時間
	朝	昼	夕	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。