

校長	教頭	部主事

与薬介助依頼書（定期薬）

令和 年 月 日

群馬県立太田特別支援学校長 様

小学部・中学部 年 組

児童生徒氏名 _____

保護者氏名 _____

標記の件について、学校における与薬介助を依頼します。

記

1	依頼 したい 内容 ・ 薬品名	記入例（デパケン200mg抗痙れん剤服薬の介助（昼食後））		
2	必要な 理由	記入例（痙れん発作をおさえるため）		
3	症状 及び 対応 ・ 注意 事項			
4	その他			
5	主治医	病院名	医師名	

* お薬の説明書のコピーを添付してください。