

与薬介助依頼書 (定期・臨時)

校長	教頭	部主事

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

薬の名前	
薬の効能	
薬の処方内容 (該当するものに ○印をつけ、 必要事項を記入 する)	①散剤 (1回 包) ②錠剤 (錠) ③液 (シロップ CC) 《1回分に分けて持ってきて下さい》 ④点眼薬 ⑤軟膏など外用薬 ⑥その他
学校内での与薬 する期間・時間 (該当する所に ○印をつけ、 必要事項を記入 する)	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 (臨時のみ) ①昼食後 ②昼食前 ③食間 (時 分 頃) ④ 時 分 頃
使用方法・ 使用上の注意	
薬を処方した 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。