様式２（寄宿舎用）

与薬介助依頼書

（与薬期間が１日から９０日間の児童生徒）

令和　　年　　月　　日

群馬県立盲学校長　様

寄宿舎生　　棟

児童生徒氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

保護者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

医師の指示により、寄宿舎での与薬介助を依頼します。
また、薬は直接、宿泊前に保護者が寄宿舎に届けることとし、必ず服用する日付等を明確にします。

診断名（　　）医療機関名（　　）
与薬期間（　　年　　月　　日～　　年　　月　　日）

薬品名	薬効	１日量（そのうち介助を依頼する時間に○）					備考
		朝	昼	夜	寝る前	その他	
（例）◇◇	咳止め	１包	１包	１包			学校で昼食後に飲ませてください。
			○				