

与薬介助依頼書

(与薬期間が91日から年間を通しての幼児児童生徒)

令和 年 月 日

群馬県立盲学校長 様

学部・学年 (幼・小・中・高) 年 組

幼児児童生徒氏名 _____

保護者氏名 _____

医師の指示により、学部での与薬介助を依頼します。与薬が91日以上となるので、医師の指示書を添えます。

また、薬は直接、保護者が担任等の先生に渡すこととし、服用する日付を明確にします。

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。

主治医 → 学校長

与薬介助指示書

上記の者は診断名 () であるため、上記のとおり、与薬することを保護者に伝えたので、学校での与薬介助を指示します。

医療機関名

医師名

令和 年 月 日