

与薬介助依頼書

（与薬期間が91日から年間を通しての児童生徒）

令和 年 月 日

群馬県立盲学校長 様

寄宿舍生 棟

児童生徒氏名 _____

保護者氏名 _____

医師の指示により、寄宿舍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、宿泊前に保護者が寄宿舍に届けることとし、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、寄宿舍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