

与薬介助依頼書 (災害 (緊急) 時)

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。

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

診断名 () 医療機関名 ()

与薬期間 (災害 (緊急) 時)

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。

※医師が発行した薬品の説明書等のコピーを1部添付してください。