

臨時服薬等依頼書

令和 年 月 日

群馬県立館林高等特別支援学校長 様

年 組 生徒氏名 _____

保護者名 _____ 印

学校管理下における臨時の服薬等について、下記のとおり介助を依頼します。

1 診断名（症状等） ()

2 医療機関名 _____

3 医薬品について

薬品名	1 回 量	学校での服薬時間
	() 包 () 錠 その他 ()	食前 食後 食間 その他 ()
	() 包 () 錠 その他 ()	食前 食後 食間 その他 ()
	() 包 () 錠 その他 ()	食前 食後 食間 その他 ()

4 服用期間 令和 年 月 日～ 年 月 日

5 注意事項

*薬は医師の処方に限るものとし、内服薬については1回分ごとに預かります。

*主治医・薬局等から説明書をいただいている場合には写しを添付してください。