

校長	教頭	事務長	教務主任	保健主事	養護教諭	部主事	学年主任	担任
/	/	/	/	/	/	/	/	/

様式2

臨時服薬等依頼書

令和 年 月 日

群馬県立渡良瀬特別支援学校長 様

小・中・高 年 組 児童生徒氏名 _____

保護者（施設長）氏名 _____ 印

学校管理下における臨時の服薬等について、下記の通り介助を依頼します。

記

1 診断名（症状等） _____

薬品名 (性状) 粉・錠・液・その他	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 ()

2 医療機関名 _____

3 医薬品保管について _____

4 服用期間 _____ 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回分毎に預かります。

*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。