

与薬介助依頼書

令和 年 月 日

群馬県立しろがね特別支援学校長 様

保護者（施設長）氏名（
児童生徒との続柄（
児童生徒氏名（

印)

学校管理下における与薬の介助について、下記のとおり、主治医からの指示を受けましたので、依頼します。

1 医療機関名（ 主治医（	）
2 病名（症状等について） （	）
3 医薬品について	
薬品名・量・包	用法（食前・食後）
4 服用期間 令和 年 月 日 ~ 年 月 日	
5 注意事項（副作用等）	

*主治医・薬局等から説明書の写しを添付してください。