医薬品使用介助依頼書

（あて先）　　令和　　年　　月　　日
埼玉県立熊谷特別支援学校長

医薬品の使用について、下記の通りお願いします。

部　　年　　児童生徒名

保護者氏名

疾患名	

薬の内容	（　定時薬　・　臨時薬　）　どちらかを〇で囲んでください。 ＊臨時薬の場合は使用期間を記入してください。　（　　/　　～　　/　　まで） ※薬と併用での注意事項（テグレトール薬はグレープフルーツを避ける等）あれば記入 ※病院・薬局で発行された「お薬説明書」等を添付（コピー可）

	時間	薬品名　・　量
医薬品の使用の介助について		

どのように介助するか具体的にご記入ください。