

臨時薬服用介助依頼書

部 年 組 児童生徒氏名

1 服用を必要とする疾患または障害名(服用の目的)

2 薬名() 服用量()

3 服用時間

_____時_____分頃 または 給食前・後

4 服用の介助において留意する点

以上、医師等の処方と指導にもとづいて記入しました。

この依頼書の内容のとおり、教職員による服用の介助を依頼します。

令和 _____年 _____月 _____日

_____部 _____年 _____組 児童生徒氏名 _____

保護者氏名 _____

医師の処方どおりに児童生徒が服用できるよう、薬袋等に児童生徒名及び1回の用量と服用時間を明記して、その日服用する分のみを児童生徒に持たせてください。