山形県立楯岡特別支援学校長 殿

保護者氏名

臨時服薬等補助依頼書

医師の指示により、下記の薬を使用する必要があります。つきましては、学校において下記のとおり使用の確認と補助をお願いします。なお、この薬の使用およびその結果については保護者が責任をもちます。

児童生徒名	部 年 氏名
診断名	
医療機関名	
薬剤名 ・効能	
開始～停止期間 飲む時間帯	令和 年 月 日～令和 年 月 日まで () 給食後 () その他 ()
薬の形状・量 ・与薬方法	粉末 包・錠剤 錠・シロップ ml・その他 () () 飲む・・・支援方法 _____ () 貼る () 塗る () その他 _____

山形県立楯岡特別支援学校長 殿

保護者氏名

臨時服薬等補助依頼書

医師の指示により、下記の薬を使用する必要があります。つきましては、学校において下記のとおり使用の確認と補助をお願いします。なお、この薬の使用およびその結果については保護者が責任をもちます。

児童生徒名	部 年 氏名
診断名	
医療機関名	
薬剤名 ・効能	
開始～停止期間 飲む時間帯	令和 年 月 日～令和 年 月 日まで () 給食後 () その他 ()
薬の形状・量 ・与薬方法	粉末 包・錠剤 錠・シロップ ml・その他 () () 飲む・・・支援方法 _____ () 貼る () 塗る () その他 _____