

様式 3

臨時与薬依頼書	
令和 年 月 日	
群馬県立二葉高等特別支援学校長 宛	
学校における教員による臨時与薬について、下記のとおり依頼します。	
生徒氏名 _____	
保護者氏名 _____ 印 _____	
与薬日	令和 年 月 日 ~ 月 日
与薬時間	食前・食後・食間 時頃 その他 ( )
薬の種類	錠剤・カプセル・水薬・粉薬・点眼薬・点鼻薬 軟膏・その他 ( )
薬の名称	
病名や症状	
医療機関名	
与薬の際の注意事項	
その他	

\* 外用薬（点眼、点鼻、軟膏）につきましては、期間での依頼を受け付けます。その際は、少なくとも学期毎の更新（本書類の再提出）をお願いします。

\* 以下に①医師の処方箋②薬の説明書（薬剤師から渡されるもの）のいずれか（写しで可）を貼付してください。

貼 付 欄