

臨時の医薬品使用の介助依頼書

令和 年 月 日

千葉県立楨の実特別支援学校長様

小・中・高 年 組 児童生徒氏名

保護者氏名 印

医薬品使用の介助を、下記のとおりお願いいたします。

Table with 5 columns: 依頼(服用)期間, 何の薬(薬剤名), 一回量, 使用時間, 方法. Includes date fields for start and end.

※医療機関で処方された薬のみお預かりします。一回量ずつ、毎日持たせてください。

※お薬の説明書の添付をお願いいたします。

きりとり

臨時の医薬品使用の介助依頼書

令和 年 月 日

千葉県立楨の実特別支援学校長様

小・中・高 年 組 児童生徒氏名

保護者氏名 印

医薬品使用の介助を、下記のとおりお願いいたします。

Table with 5 columns: 依頼(服用)期間, 何の薬(薬剤名), 一回量, 使用時間, 方法. Includes date fields for start and end.

※医療機関で処方された薬のみお預かりします。一回量ずつ、毎日持たせてください。

※お薬の説明書の添付をお願いいたします。

きりとり

臨時の医薬品使用の介助依頼書

令和 年 月 日

千葉県立楨の実特別支援学校長様

小・中・高 年 組 児童生徒氏名

保護者氏名 印

医薬品使用の介助を、下記のとおりお願いいたします。

Table with 5 columns: 依頼(服用)期間, 何の薬(薬剤名), 一回量, 使用時間, 方法. Includes date fields for start and end.

※医療機関で処方された薬のみお預かりします。一回量ずつ、毎日持たせてください。

※お薬の説明書の添付をお願いいたします。