

(様式4)

令和 年 月 日

「災害時に服用する薬」の依頼書

沼津聴覚特別支援学校長 様

「災害時に使用する薬」について下記のように依頼いたします。

記

幼・小・中・高 _____ 年 _____ 組 幼児児童生徒氏名 _____

保護者氏名 _____

処方した医療機関・医師名

医療機関名 _____

医師名 _____

処方日	薬品名 使用目的	形状	1回の 使用量	服薬時間	留意点 保存方法 副作用など
記入例 12/13	デパケン 抗けいれん	錠剤	1錠	昼食後 30分以 内	水で飲む 常温保存 眠くなります

*薬剤情報提供書、薬の説明書等がありましたら、裏面に添付し提出してください。

*処方などの変更がありましたら、担任に御連絡ください。

(別紙1)

※ 災害時の薬一日分の小袋に御使用ください。

<記入例>

○日目	
幼・ 小 ・中・高	
1年	1組
氏名	北条 なぎ子
服用時間	
朝	(食 後)
昼	(食 後)
夜	(食 前)
就寝前	
(21:00)
その他	
(14:00 頃)
注	水に溶かして飲ませ てください。

1日目	
幼・小・中・高	
年	組
氏名	
服用時間	
朝	()
昼	()
夜	()
就寝前	
()
その他	
()
注意することなど	

2日目	
幼・小・中・高	
年	組
氏名	
服用時間	
朝	()
昼	()
夜	()
就寝前	
()
その他	
()
注意することなど	

3日目	
幼・小・中・高	
年	組
氏名	
服用時間	
朝	()
昼	()
夜	()
就寝前	
()
その他	
()
注意することなど	