

(様式3)

令和 年 月 日

「災害時に服用する薬」の依頼書

伊豆の国特別支援学校長 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

小 ・ 中 ・ 高 \_\_\_\_\_年 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 \_\_\_\_\_

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> デパケン 抗けいれん薬	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、薬の説明書等を、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。